

## 疑似電子煙相關肺傷害個案報告單

本人\_\_\_\_\_同意貴機構醫師蒐集A 或B 項之資料，  
並傳送至衛生福利部國民健康署為必要之處理與利用：

A、下列報告單內各欄位之資料

B、下列報告單內勾選欄位之資料，共\_\_\_\_\_項

簽署日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

<input type="checkbox"/> 1. 個案姓名		<input type="checkbox"/> 2. 身分證字號/ 護照號碼		<input type="checkbox"/> 4. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 3. 出生日期	民國_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 5. 症狀起始日期	民國_____年_____月_____日		
<input type="checkbox"/> 6. 診斷日期	民國_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 7. 病歷號碼			
<input type="checkbox"/> 8. 身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 已歸化本國籍之外籍配偶	<input type="checkbox"/> 9. 國籍別			
<input type="checkbox"/> 10. 個案聯絡電話	公( ) _____ 手機 宅( ) _____				
<input type="checkbox"/> 11. 戶籍所在地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 路 _____ 街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ 市 _____ 區市 _____				
<input type="checkbox"/> 12. 聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 _____ 鄉鎮 _____ 路 _____ 街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ 市 _____ 區市 _____				
<input type="checkbox"/> 13. 使用電子煙產品	廠牌： _____ 型號： _____ <input type="checkbox"/> 未知 添加物 <input type="checkbox"/> 尼古丁 <input type="checkbox"/> 大麻類物質 <input type="checkbox"/> 調味劑 <input type="checkbox"/> 不明添加物 <input type="checkbox"/> 其他 (可複選)				
<input type="checkbox"/> 14. 電子煙使用史	使用歷史： _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 同時使用加熱式菸品 <input type="checkbox"/> 同時使用毒品或其他物質濫用 症狀起始時： <input type="checkbox"/> 近 3 個月內使用 <input type="checkbox"/> 近一個月內使用 <input type="checkbox"/> 近一週內使用 (選最短期者) 症狀起始時使用頻率： <input type="checkbox"/> 每月使用 <input type="checkbox"/> 每週使用 <input type="checkbox"/> 每日使用 (選最頻繁者)				
<input type="checkbox"/> 15. 有無使用紙菸	<input type="checkbox"/> 從未使用 <input type="checkbox"/> 曾使用已於 _____ 停止 <input type="checkbox"/> 仍使用中，已使用 _____ 年				
<input type="checkbox"/> 16. 相關症狀	a. <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 其他呼吸道症狀： b. <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他腸胃道症狀： c. <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 寒顫 <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 頭痛 d. <input type="checkbox"/> 其他： _____				
<input type="checkbox"/> 17. 理學檢查異常	<input type="checkbox"/> 體溫 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 心跳 <input type="checkbox"/> 血氧飽和度 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
<input type="checkbox"/> 18. 影像學檢查	請描述影像類別及其異常發現： _____				
<input type="checkbox"/> 19. 實驗室檢驗	<input type="checkbox"/> 白血球增加 <input type="checkbox"/> C-reactive protein, CRP 上升 <input type="checkbox"/> 肝功能異常 <input type="checkbox"/> 呼吸道病毒測試陰性 <input type="checkbox"/> 流感篩檢陰性 <input type="checkbox"/> 肺炎鏈球菌尿液抗原陰性 <input type="checkbox"/> 退伍軍人症尿液液 抗原陰性 <input type="checkbox"/> 黴菌菌陰性 <input type="checkbox"/> 其他特殊檢驗： _____				
<input type="checkbox"/> 20. 過去病史	<input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
<input type="checkbox"/> 21. 相關處置	<input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 急診治療 <input type="checkbox"/> 入住一般病房 <input type="checkbox"/> 入住加護病房 <input type="checkbox"/> 插管使用呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用類固醇治療 ( <input type="checkbox"/> 病情有改善) <input type="checkbox"/> 使用抗 生素 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
22. 報告機構(全銜)					
23. 報告醫師	聯絡電話		( ) _____ 分機		
24. 聯絡人	電話或手機：		電子信箱：		

本報告單請填寫後傳真至(02)2522-0621 或電子郵件(加密)至 evali@hpa.gov.tw，電話：(02)2522-0613。