

衛生福利部國民健康署 函

地址：103205 臺北市大同區塔城街36號
聯絡人：郭郁萱
聯絡電話：02-25220888 分機：707
傳真：02-25220709
電子郵件：kyh909@hpa.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年3月31日
發文字號：國健慢病字第1140660213號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1-修訂之作業原則、附件2-調整對照表，各1份

主旨：檢送修訂之「衛生福利部國民健康署醫療院所執行山地偏鄉離島地區、美沙冬維持治療者及成癮門診及愛滋匿名篩檢C型肝炎抗體快篩作業原則」（附件1）與調整對照表（附件2），詳如說明，請查照。

說明：

- 一、旨揭作業原則業於本署113年3月6日國健慢病字第1130660131號函（諒達）公告，依現行法規與執行需求更新並檢附調整對照表如附件，請參酌內容之程序辦理。
- 二、偏鄉、山地及離島地區C肝快篩請地方衛生局與醫療院所辦理，美沙冬維持治療者或其他靜脈注射藥癮者及愛滋匿名篩檢之C肝快篩，由心理健康司及疾病管制署依指定計畫/方案辦理。
- 三、請協助轉知案內作業原則予執行C肝快篩之醫療單位參照辦

理。

正本：衛生福利部心理健康司、衛生福利部疾病管制署、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、南投縣政府衛生局、嘉義縣衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、臺東縣衛生局、花蓮縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局

副本：

衛生福利部國民健康署
醫療院所執行山地偏鄉離島地區、美沙冬維持治療者及成癮門診及
愛滋匿名篩檢 C 型肝炎抗體快篩作業原則

114.03 第二版

113.02 第一版

壹、 依據

衛生福利部「2025消除 C 型肝炎計畫(2024-2025年)」。

貳、 緣由

為提升不方便採血之美沙冬維持治療者或其他靜脈藥癮者、愛滋匿名篩檢者等族群，或是交通不便、檢驗資源較為不足的偏鄉、山地及離島地區之 C 型肝炎抗體篩檢，將傳統抽血 C 型肝炎抗體篩檢方式，改為推動 C 型肝炎抗體快速篩檢試劑(下稱 C 肝快篩)作為篩檢的工具，由衛生福利部國民健康署(下稱健康署)主動採購快篩試劑提供相關單位使用，並提供執行之醫療院所行政協作費。

參、 執行期間

奉准日起至114年12月31日。

肆、 執行單位

- 一、山地偏鄉離島地區縣市衛生局合作執行 C 肝快篩之中央健康保險署(下稱健保署)特約醫事機構(包括為健保署特約醫事機構之地方衛生所或健保署特約醫事機構)。
- 二、經直轄市、縣(市)政府依「物質使用障礙症治療與生活重建業務之指定與管理辦法」指定辦理物質使用障礙症維持治療業務之精神醫療機構(下稱「維持治療指定機構」)。
- 三、衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)委託之「一站式愛滋匿名快速篩檢服務計畫」等相關合作醫療院所。

伍、 執行內容

一、C 型肝炎抗體快篩試劑使用及管理

- (一)請填寫各執行單位所屬方案之需求表，向廠商提出需求，年度內至多3次配送為原則。
- (二)需求數量以“盒”計，提出需求時請審慎評估年度內可使用完畢數量，原則上剩餘數不得大於(盒)總需求“劑數”的5%【例：每盒40劑，年度總需求數4盒，剩餘數不得大於(含)8劑】，如有特殊情形，得經註記並獲同意後予以配送。

- (三)不良品處理：如為產品本身瑕疵，請通知廠商 C 肝快篩試劑廠商更換(諮詢專線：04-22386366)。
- (四)健康署山地偏鄉離島地區 C 肝快篩試劑執行說明，詳見附件1。
- (五)維持治療指定機構執行 C 型肝炎抗體快篩試劑使用說明，詳見附件2。
- (六)疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢等相關合作醫療院所執行 C 肝快篩，詳見附件3。

二、行政協作費撥付

(一) 檢驗結果上傳：

1. 山地偏鄉離島地區：請參照「『C 型肝炎快篩結果』健保卡上傳作業」(附件4)辦理。
2. 美沙冬維持治療者或其他靜脈注射藥癮者：請維持治療指定機構將 C 肝快篩檢驗結果等資料，維護於衛生福利部心理健康司（下稱心健司）建置之「藥酒癮醫療個案管理系統」。
3. 愛滋匿名篩檢者：請合作醫療院所將 C 肝快篩檢驗結果資料，上傳至疾管署「匿名諮詢網資料管理入口網站」（詳見附件3）。

(二) 行政協作費撥付：

1. 山地偏鄉離島地區：採每季撥付，由健康署審核健保署特約醫事機構之地方衛生所或受地方衛生局委託辦理之健保署特約醫事機構之 C 肝快篩檢驗結果資料上傳，核付清冊將函送健保署，並撥付經費再由健保署依健康署所送核付清冊代為撥付予健保特約醫事機構(詳見附件1)。
2. 美沙冬維持治療者或其他靜脈注射藥癮者：由心健司納入「114年度藥癮治療費用補助方案」辦理。
3. 愛滋匿名篩檢者：由疾管署依「一站式愛滋匿名快速篩檢服務計畫」等相關合作醫療院所，將 C 肝快篩檢驗結果資料上傳至疾管署「匿名諮詢網資料管理入口網站」，並於提供服務後3個工作日內登錄，再依醫療院所於系統提報之篩檢量撥付相關費用。

陸、經費來源：

一、113年度經費來源:

113年度菸害防制及衛生保健基金/菸害防制及衛生保健計畫/衛生保健工作/4推動中老年人健康促進/a.糖尿病、高血壓、高血脂等三高防治項下之72捐助、補助與獎助支應

二、114年度經費來源:

114年度菸害防制及衛生保健基金/菸害防制及衛生保健計畫/衛生保健工作/4推動中老年人健康促進/a.糖尿病、高血壓、高血脂等三高防治項下之72捐助、補助與獎助支應

柒、中央司署業務聯繫窗口

一、健康署

(一)陳怡婷技正

02-2522-0722 傳真：02-2522-0709

電子信箱：tinachen@hpa.gov.tw

(二)郭郁萱約用專業人員

02-2522-0707 傳真：02-2522-0709

電子信箱：kyh909@hpa.gov.tw

(三)黃郁丰助理

02-25220850 傳真：02-2522-0709

電子信箱：joyhuang56@hpa.gov.tw

二、心健司

謝衣惠技士

02-85906666分機7441

電子信箱：molovity68@mohw.gov.tw

三、疾管署

(一)「一站式愛滋匿名快速篩檢服務計畫」-C型肝炎抗體快篩

作業疾管署窗口：

鍾欣芸科員

02-23959825分機3746 傳真：02-23913482

電子信箱：hychung@cdc.gov.tw

(二)「2025消除C型肝炎計畫」疾管署窗口：

許家瑜副研究員

02-23959825分機3919 傳真：02-29325627

電子信箱：cylia1029@cdc.gov.tw

附件1-健康署山地偏鄉離島地區 C 肝快篩試劑使用說明

- 一、依各縣市衛生局回報需求之鄉鎮，各鄉鎮年度內至多3次配送
- 二、試劑有效期限僅1年左右，建議依實際執行狀況評估分批叫貨。
健康署將分別於113的6、9月及114年6月函請各衛生局再次確認是否需增減(僅能於年度總額度內調配)。
- 三、請衛生局掌握總數，不得超過年度內預估需求數。
- 四、建議程序：

(一) 提報需求

1. **使用單位提出需求(附表1)：**為利各衛生局掌握年度使用量，請使用單位分別於113年3月8日(五)、6月28日(五)、9月20日(五)、114年4月15日(二)、8月1日(五)及10月24日(五)前，依附表1分次向所轄衛生局提出需求，並由衛生局統整自行留存備查。衛生局如可自行掌握分配，即自程序(二)開始執行。
2. **衛生局彙整及確認(附表2)：**衛生局於上述日期後一週內依附表2彙整，提供以電子郵件提供 C 肝快篩廠商及健康署，廠商依契約規定於接獲訂單次工作日起算，30個日曆日交貨。

(二) 耗損及剩餘處理

1. **不良品請通知廠商替換：**使用單位收到快篩試劑，請檢視是否有瑕疵狀況。如為產品本身瑕疵，依契約規定，廠商應無條件更換並配送至使用單位。
2. **耗損請填附表3，於年底回傳健康署：**
 - (1) 於正常使用情況下，如產生耗損，請填具「C 型肝炎快篩試劑耗損紀錄單」(附表3)，損耗如採血不足致無法顯示篩檢結果、髒污致無法使用等。
 - (2) 於113年12月20日(五)及114年12月19日(五)前，提供可編輯電子檔及用印照片或掃描檔，以電子郵件「主旨：(機構名稱) C 型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單」，提供予健康署(kyh909@hpa.gov.tw)。
3. **剩餘回報請填附表4，於年底回傳健康署：**
 - (1) 剩餘數不得大於(盒)總訂購”劑數”的5%【如年度總需求數4盒，每盒為40劑，剩餘數不得大於(含)8劑】。

- (2) 113年需求數量請於當年度使用完畢，114年使用量另由健康署進行採購及114年度驗收、撥配。
- (3) 如當年度有剩餘，請於113年12月20日(五)及114年12月19日(五)前，由衛生局統整並回函本署，所轄執行單位附表4剩餘數與說明轄區是否有提出試劑配送需求後，30日內未收到試劑之情況；如無剩餘，亦請函復無剩餘數，並說明轄區是否有提出試劑配送需求後，30日內未收到試劑之情況。

(三)衛生局聯絡窗口：

縣市	聯絡人	電話	傳真	電子郵件
新北市	張嫩心 營養師	02-22577155 分機 1676	02-22585006	AR1884@ntpc.gov.tw
苗栗縣	張晏賓 專案助理	03-7558550	03-7558590	mlh563@ems.miaoli.gov.tw
南投縣	林良辰 專案管理師	049-2222473 分機 672	2202628	woo17313@ntshb.gov.tw
嘉義縣	李宛玲 技士	05-3620600 分機 266	05-3628217	linlin963123852@gmail.com
	陳瑩娥 專任助理	05-3620600 分機 380		hb9730@mail.cyshb.gov.tw
臺南市	莊筠兒 技士	06-6357716 分機 252	06-6320029	a00669@tncghb.gov.tw
高雄市	曾石森 專案助理	07-7134000 分機 5123	07-7225594	2025hcv@gmail.com
屏東縣	李怡芳 專案助理	08-7372507	08-7382389	pth1210@mail.ptshb.gov.tw
臺東縣	姜淑梅 護理師	089-331171 分機 332	08-9331740	phbi055@ttshb.taitung.gov.tw
	洪裕樺 專任助理	089-331171 分機 307		phb0089@ttshb.taitung.gov.tw
花蓮縣	余錫欣 技士	03-8227141 分機 120	03-8230169	hlshb06006@ms.hlshb.gov.tw
	莊皓羽 專任助理	03-8227141 分機 631		hlshb06037@ms.hlshb.gov.tw
澎湖縣	吳宇修 專任人員	06-9272162 分機 217	06-9273196	fp64340@phchb.penghu.gov.tw
金門縣	范姜郁淇 約用人員	082-338863 分機 739	082-335029	a0965257148@mail.kinmen.gov.tw

附件2-辦理物質使用障礙症維持治療業務之精神醫療機構執行 C 型肝炎抗體快篩試劑使用說明

一、C 型肝炎抗體快篩試劑（下稱 C 肝快篩試劑）之申請及提供：

- (一)C 肝快篩試劑由衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）統一採購並委託廠商配送至各維持治療指定機構。每年度（113及114年度）每家維持治療指定機構至多配送2次，惟全年度美沙冬維持治療收治人數於40人以下之機構，以配送1次為原則。
- (二)各年度所需之 C 肝快篩試劑，分年度配送，且當年度配送之 C 肝快篩試劑請於當年度使用完畢。
- (三)維持治療指定機構每年度申請獲配之 C 肝快篩試劑之剩餘劑數，原則上不得大於當年度總申請「劑數」之5%【如每盒15劑，年度總需求訂購數4盒，剩餘數不得大於（含）3劑】；惟當年度美沙冬維持治療收治人數於40人以下之機構不在此限。

(四)申請程序

- 1.衛生福利部心理健康司（下稱心健司）依衛生局所報轄內維持治療指定機構所需年度 C 肝快篩試劑需求量，每半年檢送「維持治療指定機構 C 型肝炎抗體快篩試劑需求表（下稱 C 肝快篩需求表）」（如附表5）予衛生局。
- 2.衛生局將心健司提供之 C 肝快篩需求表，轉請所轄維持治療指定機構確認並填復聯絡窗口、配送日期等資訊後，將該需求表回復心健司承辦人。復由心健司統一提報健康署申請及審核。
- 3.各維持治療指定機構依衛生局通知時限確認及回復附表5內容。

(五)試劑配送及不良品更換

- 1. 由健康署依心健司提供之 C 肝快篩需求表，請廠商據以配送 C 肝快篩試劑至各維持治療指定機構。
- 2. 維持治療指定機構收到 C 肝快篩試劑後，請確實點收數量、批號、保存期限等，並檢視有無包裝毀損、逾保存期限等情況，確認無誤後簽署廠商簽收單予廠商。
- 3. 廠商配送之 C 肝快篩試劑如有瑕疵，維持治療指定機構應聯繫廠商，請其無條件更換並重新配送。

(六)耗損及剩餘數回報

1. 各衛生局須於每年12月16日前，依「維持治療指定機構 C 型肝炎快篩試劑耗損、剩餘數紀錄單（下稱 C 肝試劑耗損、剩餘紀錄單）」（如附表6）彙整轄內維持治療指定機構之 C 肝快篩試劑耗損情形、試劑剩餘量及剩餘原因後，函送心健司。
2. 各維持治療指定機構依衛生局通知時限，填復 C 肝試劑耗損、剩餘紀錄單予衛生局。

二、C型肝炎抗體快篩（下稱 C 肝快篩）作業：

- （一）C 肝快篩對象：美沙冬維持治療個案或其他靜脈注射藥癮者，且依衛生福利部「2025年消除 C 型肝炎計畫（2024-2025年）」，對抗體陰性者每年進行1次 C 肝快篩。
- （二）C 肝快篩行政協作費：每年次100元。於維持治療指定機構針對美沙冬維持治療者或其他靜脈注射藥癮者進行 C 肝快篩，並於「藥酒癮醫療個案管理系統」維護該次快篩結果始予支付。
- （三）C 肝快篩行政協作費請領及核銷作業，納入心健司每年度函頒之「藥癮費用補助方案」辦理。

附件3 疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢等相關合作醫療院所 C 型肝炎快篩使用說明

- 一、 由疾管署經評估一站式愛滋匿名快速篩檢等相關合作醫療院所(以下簡稱愛滋匿篩合作醫療院所)可提供服務之量能，統一向健康署提出 C 型肝炎快篩試劑需求量申請，並由健康署聯繫試劑廠商進行試劑撥配，廠商依契約規定於接獲訂單次工作日起算，30個日曆日交貨，並配送至各指定愛滋匿篩合作醫療院所，格式詳見附表7-衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑需求表(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)。
- 二、 愛滋匿篩合作醫療院所於接收 C 型肝炎快篩試劑時，請確實點收數量、批號、保存期限等，檢視並確認 C 型肝炎快篩試劑無包裝毀損、逾保存期限的狀況，並配合填寫簽收單。
- 三、 愛滋匿篩合作醫療院所請配合於提供民眾 C 型肝炎快篩服務後3個工作日內，將 C 型肝炎快篩檢驗結果資料上傳至疾管署「匿名諮詢網資料管理入口網站」，後續依愛滋匿篩合作醫療院所於系統所提報之篩檢量核實撥付相關費用。
- 四、 愛滋匿篩合作醫療院所請配合疾管署不定期盤點並回報 C 型肝炎快篩試劑使用情形，包含：使用量、剩餘量、耗損量等，並填具附表8-衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑剩餘量紀錄單(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)；如於正常使用情況下產生之耗損，請填具附表9-衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑耗損紀錄單(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)，並提供疾管署愛滋匿名快速篩檢窗口，由疾管署彙整提報予健康署。
- 五、 另，C 型肝炎快篩試劑拆封後，如發現試劑本身瑕疵，請填具附表9-衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑耗損紀錄單(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)，並提供疾管署愛滋匿名快速篩檢窗口，由疾管署窗口聯繫健康署通知請試劑廠商無條件更換 C 型肝炎快篩試劑。

附表1 C型肝炎快篩試劑需求表

衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑需求表

(範例)

需求單位	王小明診所	需求日期	113年3月10日
機構代碼	0000000000	聯絡人姓名	王小明
使用單位類別	山地、偏鄉及離島地區(衛生局)		
需求數量	3 盒(每盒40劑)	配送次數	為第 1 次配送
寄送地址	台東縣 00 鄉 00-00 5號		
備註			

***113年需求數量請於當年度使用完畢，114年使用量另由健康署進行採購及114年度驗收、撥配。**

_____衛生局 電話：00-000-0000

傳真：00-000-0000

Mail：bg@yyg.gov.tw

(傳真或電郵後，請致電確認)

使用單位戳章

聯絡人： 蔡小芬

連絡電話： 089-000-0000

(手機) (09XX-XXXXXX)

衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑需求表

需求單位		需求日期	年 月 日
機構代碼		聯絡人姓名	
使用單位類別	山地、偏鄉及離島地區(衛生局)		
需求數量	盒(每盒40劑)	配送次數	為第____次配送
寄送地址	(郵遞區號) 縣 (市) 鄉 (鎮市區) 村(里) 鄰 路 (街) 段 巷 弄 號 樓		
備註			

***113年需求數量請於當年度使用完畢，114年使用量另由健康署進行採購及114年度驗收、撥配。**

_____衛生局 電話：

傳真：

Mail：

(傳真或電郵後，請致電確認)

使用單位戳章

聯絡人：

連絡電話：

(手機) (09 -)

附表2 衛生局彙整山地、偏鄉及離島地區需求

衛生福利部國民健康署 C 型肝炎快篩試劑需求表

(衛生局彙整山地、偏鄉及離島地區需求)

填報單位：衛生局

編號	需求單位名稱	機構代碼	聯絡人	聯絡電話	寄送地址	第1次配送		第2次配送		第3次配送	
						需求數量(盒)	日期	需求數量(盒)	日期	需求數量(盒)	日期
1	王小明診所	000 000 000 0	王小明	089-000-0000(09XX-XXX XXX)	台東縣 OO 鄉 OO-OO 5 號	3	3/10	3	6/7	0	9/30
2											
3											
4											
5											
6											
7											
合計											

提交需求時，請提供可編輯電子檔及用印照片或掃描檔，以電子郵件「主旨：(衛生局名稱) C 型肝炎快篩試劑需求表 (彙整)」，提供予健康署(kyh909@hpa.gov.tw)及廠商 (ray.lin@ksmg-pharma.com)。

單位戳章：

附表3 C型肝炎快篩試劑耗損紀錄單

衛生福利部國民健康署
C型肝炎快篩試劑耗損紀錄單

填報單位		填報日期	年 月 日
機構代碼		聯絡人姓名	
使用單位類別	山地、偏鄉及離島地區(衛生局)		
日期	數量	耗損原因	

(如有不足請自行增加)

*此表請於**113年12月20日(五)及114年12月19日(五)前**，提供可編輯電子檔及用印照片或掃描檔，以電子郵件「主旨：**(機構名稱) C型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單**」，提供予健康署(kyh909@hpa.gov.tw)。

*請同步傳送至所轄衛生局。

使用單位戳章

聯絡人：

連絡電話：

(手機) (09 -)

附表4 C型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單

衛生福利部國民健康署

年度山地、偏鄉及離島地區剩餘C型肝炎快篩試劑紀錄單

院所或衛生局		填報日期	年 月 日
醫事機構代碼		聯絡人姓名	
年度配送試劑數	_____劑(為_____盒) ☐ 如由主管機關拆分試劑(未配送完整一盒)，請勾選此項	聯絡人電話	
年度配送次數		最後一次配送日期	年 月 日
是否有提出試劑配送需求後，30日內未收到試劑之情況		☐ 無 ☐ 有，請檢附30日內，未收到該批配送試劑之需求填報單與廠商出貨單	

如有剩餘試劑數，請填以下表格：

總計試劑剩餘數量	共_____劑(其中未開封為_____盒)	
	剩餘試劑之效期	該效期剩餘之試劑數
1.	年 月 日	共_____劑(其中未開封為_____盒)
2.	年 月 日	共_____劑(其中未開封為_____盒)

如貴院或貴局剩餘數大於年度配送數5%，請於下方檢附說明(如剩餘原因、後續使用規劃等，不限頁數)：

--

附表5

000 年度維持治療指定機構 C 型肝炎快篩試劑需求表

編號	維持治療指定機構名稱	醫事機構代碼	聯絡人	連絡電話	寄送地址	需求數 (劑) * 每盒40劑，需求數未滿1盒以1盒配送	全年度得配送次數 (次)	第1次配送 *40人以下之機構以配送1次為原則		第2次配送		全年度美沙冬維持治療收治人數是否小於40人 *機構不受試劑剩餘量不得≥5%之限制
								日期	配送量 (盒)	日期	配送量 (盒)	
1								年 月 日		年 月 日		☐ 是 ☐ 否
2								年 月 日		年 月 日		☐ 是 ☐ 否
3								年 月 日		年 月 日		☐ 是 ☐ 否
4								年 月 日		年 月 日		
5								年 月 日		年 月 日		
6								年 月 日		年 月 日		
7								年 月 日		年 月 日		
8								年 月 日		年 月 日		
9								年 月 日		年 月 日		
合計												

*前1年度剩餘試劑應優先使用，並請注意有效期限，逾期勿使用。

*衛生福利部心理健康司承辦人：謝小姐（聯絡電話：02-85907441，電子郵件：molovity68@mohw.gov.tw）。

附表6

000 年度維持治療指定機構 C 型肝炎快篩試劑耗損、剩餘數紀錄單

編號	維持治療 指定機構 名稱	醫事機 構代碼	聯絡人	連絡電話	前 (00 0) 年 度剩餘 量 (劑)	配送情形			耗損情形		總剩餘情形 *全年度美沙冬維持治療收 治人數小於40人以下機構不 受試劑剩餘量不得≥5%之限 制		
						總配 送量 (盒)	總配送 次數(次)	最後1次 配送日期	總耗損量 (劑)	耗損原因 (列點說明)	剩餘數 (劑)	未開封數 (盒)	小計 (劑)
1								年 月 日					
2								年 月 日					
3								年 月 日					
4								年 月 日					
5								年 月 日					
6								年 月 日					
7								年 月 日					
合計													

*請各衛生局於當年度12月16日前，依本表彙整所轄維持治療指定機構 C 肝快篩試劑耗損、剩餘量情形，函送本部心理健康司承辦人。

*損耗定義：包括已過有效期限無法使用、採血不足致無法顯示篩檢結果、髒污致無法使用等情形。

*衛生福利部心理健康司承辦人：謝小姐（聯絡電話：02-85907441，電子郵件：molovity68@mohw.gov.tw）。

附表7 疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所-C型肝炎快篩試劑需求表

衛生福利部國民健康署

C型肝炎快篩試劑需求表

(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)

填表單位：衛生福利部疾病管制署

填表日期： 年 月 日

編號	需求單位名稱	醫事機構代碼	需求數量 盒數(每盒 O劑)	配送次數 為第_次 配送	聯絡人	聯絡電話	寄送地址
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
合計							

*本需求表由疾管署填寫並向健康署提出申請(醫療院所無須提出申請)，並由健康署聯繫試劑廠商進行試劑撥配至各指定一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所。

*114年使用量將另由健康署進行採購及114年度驗收、撥配。

*廠商諮詢專線：04-22386366

傳真：04223861985

Mail：ray.lin@ksmg-pharma.com

(傳真或電郵後，請致電確認)

附表8 疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所-C型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單

衛生福利部國民健康署

C型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單

(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)

使用單位名稱		填表日期	年 月 日
醫事機構代碼		聯絡人	
連絡人電話 (含分機)	(02)1234-5678 分機0000	聯絡人電子 信箱	
使用單位類別	一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所		
____年配送總量 ($A=a_1+a_2+\dots$)	____劑 _(A) (____盒)	配送次數	____次配送
第1次配送 _(a1)	____劑 _(a1) (____盒)	簽收日期	____年____月____日
第2次配送 _(a2)	____劑 _(a2) (____盒)	簽收日期	____年____月____日
第____次配送量	____劑(____盒)	簽收日期	____年____月____日
使用數量 _(B)	____劑 _(B)	耗損數量 _(C)	____劑 _(C)
剩餘數量 ($D=A-B-C$)	____劑 _(D) ， 包含已開封____劑，未開封試劑____劑(____盒)		

*114年使用量將另由健康署進行採購及114年度驗收、撥配。

*本剩餘數紀錄單疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所人員填寫，請於114年12月12日(五)前，將可編輯電子檔及用印後掃描檔(或照片)，以電子郵件「主旨：(機構名稱) C 型肝炎快篩試劑剩餘數紀錄單」提供予疾管署聯繫窗口鍾小姐(hychung@cdc.gov.tw)。

使用單位戳章

承辦人

單位主管

附表9 疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所-C型肝炎快篩試劑耗損紀錄單

衛生福利部國民健康署

C型肝炎快篩試劑耗損紀錄單

(疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所)

使用單位名稱		填表日期	年 月 日
醫事機構代碼		聯絡人	
連絡電話(含分機)	(02)1234-5678 分機0000	聯絡電子信箱	
使用單位類別	一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所		
日期	耗損數量(劑)	耗損原因	
____年____月____日			
____年____月____日			

(如有不足請自行增加)

*常見耗損原因：拆封後發現試劑本身瑕疵無法使用、正常使用下無法顯示/判讀篩檢結果等。

*本耗損紀錄單疾管署一站式愛滋匿名快速篩檢服務等相關合作醫療院所人員填寫，請於114年12月12日(五)前，將可編輯電子檔及用印後掃描檔(或照片)，以電子郵件「主旨：(機構名稱) C 型肝炎快篩試劑耗損紀錄單」提供予疾管署聯繫窗口鍾小姐(hychung@cdc.gov.tw)。

使用單位戳章

承辦人

單位主管

附件4 「C型肝炎快篩結果」健保卡上傳作業

一、適用對象：山地偏鄉離島地區具健保身分之公費「C型肝炎快篩結果」資料上傳。

二、上傳規範說明：

(1) C型肝炎快篩結果之虛擬醫令代碼如下：

甲、C肝快篩陽性：FSTP-HCV

乙、C肝快篩陰性：FSTN-HCV

(2) 本資料應獨立一筆資料上傳，不與其他就醫資料合併上傳。

(3) 限健保身分之資料上傳，非健保身分，另依規定辦理。

(4) 採檢結果之虛擬醫令不需登錄健保卡，採檢時亦不需過卡。

(5) 上傳資料修改方式：將錯誤資料刪除後，再傳一筆正確資料，如附件1(健保卡資料上傳格式1.0)、附件2(健保卡資料上傳格式2.0)。

三、上傳格式說明

(一) 健保卡資料上傳格式1.0作業

項次	資料名稱	對應 XML 欄位 ID	欄位填寫
1.	資料型態	A00	限填1-健保就醫資料
2.	資料格式	A01	限填2-異常上傳
3.	就醫日期時間	A17	C肝快篩採檢之日期時間
4.	就醫序號	A18	限填 HCV1
5.	補卡註記	A19	限填1-正常卡
6.	就醫類別	A23	限填 CA
7.	診療項目代號	A73	陽性請填：「FSTP-HCV」 陰性請填：「FSTN-HCV」
8.	醫令類別	A72	限填 G
9.	民眾連絡電話	A75	如 A73為「FSTP-HCV」，本欄為必填，格式詳見(三之(三))
10.	刪除錯誤資料	A25	1.如資料上傳有誤，請填原錯誤資料之 A17後四碼，將資料上傳刪除後，重新上傳正確資料 2.上傳之 A17不可與原錯誤資料之 A17一致(詳見附件1)。

(二) 健保卡資料上傳格式2.0作業

項	資料名稱	對應 XML 欄位 ID	欄位填寫
---	------	--------------	------

次			
1.	資料型態	H00	限填5-其他特殊資料
2.	資料格式	H01	B-異常上傳 如需刪除本筆資料，請填 D-刪除
3.	就醫日期時間	M11	C 肝快篩採檢之日期時間
4.	就醫序號	M13	限填 HCV1
5.	補卡註記	M12	限填1-正常卡
6.	就醫類別	M07	限填 CA
7.	診療項目代號	D06	陽性請填：「FSTP-HCV」 陰性請填：「FSTN-HCV」
8.	醫令類別	D02	限填 G
9.	民眾連絡電話	D08	如 D06為「FSTP-HCV」，本欄為必填，格式詳見(三之(三))

(三) 聯絡電話(手機或市話)格式(A75/D08)

項目	號碼範例	規則說明
國內市話	0234567***	1. 內容必須包含區域號碼(即內容以「0」開頭；若以「09」開頭，則以國內行動電話規則判別)。 2. 若含分機，則須以「#」區隔市話及分機。 3. 內容長度至少9碼。
國內市話含分機	0298765***#1234	
國內行動電話	0912345***	1. 內容為「09」開頭。 2. 內容長度限10碼數字。
國際電話格式	+886912345***	1. 內容必須以「+」開頭，之後內容組成皆為數字。 2. 內容長度介於4至16碼之間。

四、上傳結果查詢及下載：

- (1) 於健保署之健保資訊網服務系統(VPN)/健保卡就醫上傳檢核結果查詢/C 肝快篩結果資料查詢或下載。
- (2) 醫事服務機構可查詢或下載就醫日期前8個月資料，每次下載60日資料。

附件1：(健保卡資料上傳格式1.0)

XML 範例--113年1月12日16時54分23秒_C 肝快篩陽性

健保卡資料 XML

```
<?xml version="1.0" encoding="Big5" ?>
<RECS>
<REC>
<MSH>
<A00>1</A00> 資料型態
<A01>2</A01> 資料格式(限2.異常上傳)
</MSH>
<MB>
<MB1>
<A12>A223456789</A12> 身分證號
<A13>041****</A13> 出生日期
<A14>3501200000</A14> 醫院代號
<A15>A123456***</A15> 醫事人員
<A17>1130112165423</A17> 就診日期時間
<A18>HCV1</A18> 就醫序號
<A19>1</A19> 補卡註記
<A23>CA</A23> 就醫類別
</MB1>
<MB2>
<A71>1110512165423</A71> 就診日期時間
<A72>G</A72> 醫令類別
<A73>FSTP-HCV</A73> 快篩結果代碼
<A75>0912345***</A75>
</MB2>
</MB>
</REC>
```

★資料錯誤需更正時，應先刪除，再傳一筆正確資料。

刪除-健保卡資料 XML

```
<?xml version="1.0" encoding="Big5" ?>
<RECS>
<REC>
<MSH>
<A00>1</A00> 資料型態
<A01>2</A01> 資料格式(限2.異常上傳)
</MSH>
<MB>
<MB1>
<A12>A223456789</A12> 身分證號
<A13>041****</A13> 出生日期
<A14>3501200000</A14> 醫院代號
<A15>A123456***</A15> 醫事人員
<A17>1130112165600</A17>
就診日期時間(A17不可與原錯誤資料的 A17一致)
<A18>HCV1</A18> 就醫序號
<A19>1</A19> 補卡註記
<A23>ZB</A23> 就醫類別
<A25>5423</A25> (請填原錯誤資料之 A17後四碼)
</MB1>
</MB>
</REC>
</RECS>
```

附件2：(健保卡資料上傳格式2.0)

XML 範例--113年1月12日16時54分23秒_C 肝快篩陽性

採檢機構代號：3501200000

<?xml version="1.0" encoding="Big5"?>

<RECS>

<REC>

<MSH>

<H00>5</H00>其他特殊資料

<H01>B</H01>資料格式[如需刪除資料 H01=D，其他欄位資料都一樣]

</MSH>

<MB>

<MB1>

<M03>Z299999965</M03>身分證號

<M04>1000101</M04>出生日期

<M05>3501200000</M05>醫事機構代號

<M06>Z299999965</M06>醫事人員身分證號

<M07>CA</M07>就醫類別

<M11>1130112165423</M11>就醫日期時間

<M12>1</M12> 補卡註記

<M13>HCV1</M13>就醫序號

<M15>AAAABBBBCCCCDDDEEEE</M15>(選填)就醫識別碼

</MB1>

<MB2>

<D01>1130112165423</D01>就醫日期時間

<D02>G</D02>醫令類別

<D06>FSTP-HCV</D06>(C 型肝炎快篩陽性)診療項目代號

<D08>091234****</D08> (電話)

</MB2>

</MB>

</REC>

</RECS>