

# 113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒 前預防性投藥(PrEP)計畫

## 壹、前言

愛滋病被聯合國定為21世紀造成人類健康極大威脅的3大疾病之一，是全球公共衛生的重要議題，世界衛生組織(WHO)更於104年擘劃出愛滋病防治策略三零(零感染、零死亡、零歧視)願景，並在階段目標上，希望在119年達到 95-95-95目標(即95%知道自己感染、95%感染者有服藥及95%服藥者病毒量受到控制)。

參考 WHO 建議及依據衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會104年度第二次會議決議，將 PrEP 策略納入我國愛滋防治政策。本署於105年開始著手規劃並於同年11月15日辦理 PrEP 前驅計畫，成效良好，並執行至今。其後並於107年調整計畫內容後，於同年9月17日正式推動 PrEP 計畫。

110年評估109年執行機構所提建議及專家會議討論結果，調整計畫內容並持續辦理。自110年4月13日開始推行計畫，目前共有63家執行院所共同提供服務，截至112年8月31日計有5,410人加入 PrEP 計畫，其中感染者配偶/伴侶581人(男性526人、女性55人)，35歲(含)以下年輕族群4,829人(男性4,761人、女性67人、跨性別1人)，其中包含性工作者218人、藥癮戒治者294人，另加入計畫者發現12名愛滋篩檢陽轉個案。

由於本計畫執行機構大多為愛滋指定醫事機構，為簡化行政流程，已於112年併愛滋病指定醫事機構整合式服務計畫辦理；執行機構為非愛滋指定醫事機構者，則以本計畫補助辦理。計畫執行成效佳，113年維持112年之補助對象持續辦理。

## 貳、計畫目的與效益

- 一、透過本計畫提供部分補助藥品之誘因，讓在冰山下一直不願篩檢的高風險族群出來篩檢，提升整體愛滋篩檢成效，並增強其對自我防護的意識，及衛教定期愛滋篩檢，以儘早連結醫療體系，接受治療，節省後續醫療及社會成本。
- 二、提升民眾接受 PrEP 服務之可近性與成效，執行機構能夠配合民眾需求，提供高風險行為族群且為愛滋陰性者整合性服務，適切提供 PrEP 適用性評估、診療、諮商、個案管理、轉介藥癮戒治、身心科諮詢等服務，以提升 PrEP 服藥率與順從性，並協助高風險行為族群回歸正常生活，同時加強感染者之安全性行為與服藥遵從性，改變其從事不安全性行為風險，確保雙方無風險。
- 三、以接納的態度、多元的策略，讓愛滋疫情下降，達到 WHO 的三零願景(零新增、零死亡、零歧視)。

## 參、計畫補助對象：

### 一、愛滋感染者之配偶/伴侶

(一)須經衛生局認定，尤以感染者之女性配偶/伴侶以及注射藥癮愛滋感染者配偶或性伴侶為優先，且須符合下列所有條件，始得加入計畫：

1. 本國籍或本國籍感染者之外籍配偶。
2. 愛滋檢驗為陰性。
3. 風險評估指標達30分(含)以上者。

(二)符合本項資格者，就醫時應出示「感染者伴侶轉銜暨弱勢評估證明單」(附件1)。

### 二、35歲(含)以下年輕族群

須符合下列所有條件，惟使用成癮性藥物助性(Chemsex 藥愛族群)且加入藥癮戒治者及性交易服務者，可不受年齡限制：

(一)本國籍。

(二)愛滋檢驗為陰性。

(三)風險評估指標達30分(含)以上者。

三、曾加入本署前驅或107-112年 PrEP 計畫或中途退出者，若符合前2項資格，得再加入本計畫。

## 肆、計畫架構及執行策略

### 一、公衛端

(一)提升 PrEP 服務能量，尋求有熱忱與意願加入計畫之執行機構：

由地方政府衛生局尋求轄內之非愛滋病指定醫事機構合作，針對有提供 PrEP 服務之執行機構加入本計畫，將 PrEP 服務深耕至各縣市，以達去歧視與反污名目的。

(二)加強個案管理並轉銜符合本計畫之補助對象至執行機構進行適用性評估，由專業醫師評估是否服藥。加強高風險行為民眾避免感染愛滋病毒之衛教服務，經風險評估發現對 PrEP 有需求者轉銜至執行機構，由專業醫師進行後續評估與用藥。

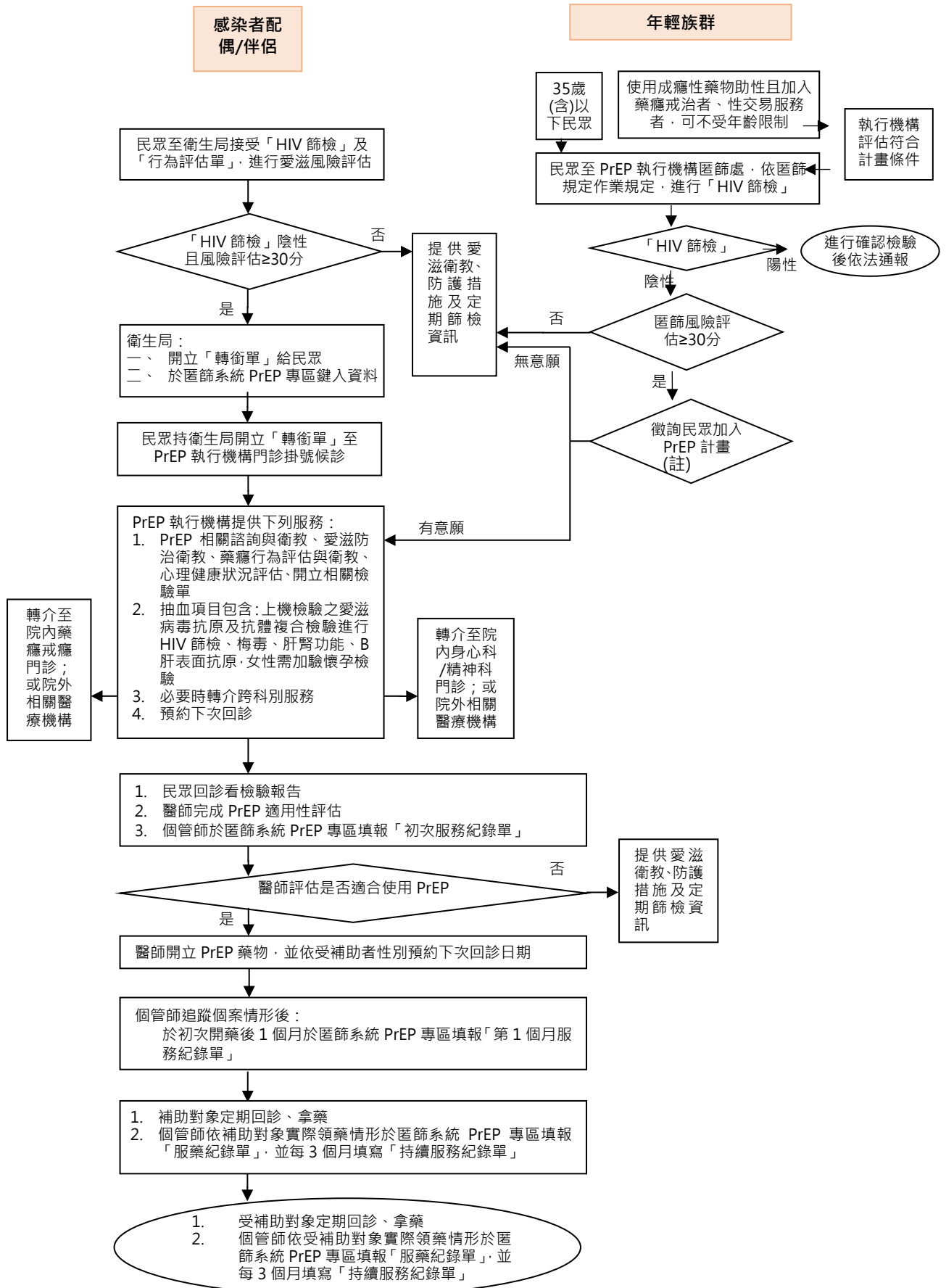
(三)對於感染者之配偶/伴侶，且風險評估指標達 30 分(含)以上者，衛生局(所)輔導其使用 PrEP，經其同意後，給予「感染者伴侶轉銜暨弱勢評估證明單」(附件 1)，輔導其至執行機構就診，出示該證明單後始得加入本計畫。感染者之配偶/伴侶及年輕族群若經衛生局認定為經濟或社會弱勢者，須備註於前述證明單。

(四)衛生局除須向該民眾說明本計畫內容，另應至本署匿名諮詢網資料管理入口網之 PrEP 專區，建立該民眾之基本資料，並完成愛滋病毒檢驗、高風險評估及行為調查評估單。系統登入權限僅開放給衛生局，以利掌握人數及轉銜服務者其相關健康狀態與就醫狀況。

## 二、 執行機構端

- (一)不論民眾係由公衛端轉銜或自行至執行機構的匿篩地點或門診處尋求 PrEP 之相關服務，執行機構依據本計畫規定項目推動，並就符合本計畫之對象，進行愛滋篩檢、諮商、衛教、適用性評估、實驗室檢驗、預防性用藥相關門診醫療服務及轉介等整合式照護措施。
- (二)為鼓勵執行機構加入本計畫，並提供民眾愛滋病防治衛教、心理健康狀況評估及 PrEP 諮詢與衛教等服務，本署補助執行機構個案追蹤輔導費、民眾穩定回診服藥酬賞金、定額補助費用、配偶諮詢輔導加入費、轉介藥癮戒治費、藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費用，以提高執行機構參加意願與持續追蹤計畫參與者之用藥及愛滋檢驗情形。提供 PrEP 服務之執行機構若為診所，亦可與愛滋指定藥局合作辦理，以利提供參與者 PrEP 藥物。
- (三)民眾需充分理解本計畫內容並填妥同意書(附件 2)始得加入本計畫。執行機構針對加入 PrEP 計畫之民眾，需依填報時程規範(附件 3)及工作項目檢核表(附件 4-1、4-2)，填報「行為調查評估單」(附件 5)、「初次服務紀錄單」(附件 6)、「第 1 個月服務紀錄單」(附件 7)、「持續服務紀錄單(附件 8)」、「服藥紀錄單(附件 9)」。相關衛教資訊，詳參附件 10。

### 三、計畫服務流程圖



四、針對民眾加入計畫採集之血液檢體，執行機構應依規定保存或寄回本署：

(一)為釐清民眾於加入計畫進行適用性評估時，是否處於空窗期而未被檢出已感染愛滋，應配合辦理事項：

1. 若民眾回診採集之檢體檢驗結果陽性，請將適用性評估及本次檢驗陽性之血液檢體，寄送本署檢驗及疫苗研製中心 HIV 及新感染症病毒實驗室（地址：台北市南港區研究院路二段128號）。
2. 若民眾回診採集之檢體檢驗結果陰性，則可丟棄或銷毀檢體（含適用性評估留存檢體）。
3. 若民眾未回診檢查，該檢體請保留至計畫結束。

(二)寄送血液檢體請填具「HIV 初步檢驗陽性檢體保存單」(如附件11)連同3-5ml 紫頭管血液檢體一併寄至本署檢驗及疫苗研製中心 HIV 及新感染症病毒實驗室，並請將附件之電子檔案加密後逕寄至 [cdchivlab@cdc.gov.tw](mailto:cdchivlab@cdc.gov.tw)。

(三)執行機構若無足夠空間或設備置放民眾適用性評估之血液檢體，可將血液檢體寄送本署檢驗及疫苗研製中心 HIV 及新感染症病毒實驗室存放，並填具「本計畫適用性評估 HIV 檢驗陰性之檢體保存單」(如附件12)，寄送前請先聯繫本署窗口(電話：02-23959825-3172)。若有檢體採集相關問題，可參照本署「傳染病檢體採檢手冊」(網址:[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)，路徑：首頁 > 檢驗)，或洽本署檢驗及疫苗研製中心 HIV 及新感染症病毒實驗室。

五、提供 Mpox 疫苗接種服務（可選擇辦理項目）：

(一)辦理 Mpox 疫苗預防接種服務：

1. 由於加入 PrEP 計畫之民眾亦為感染 Mpox 之風險對象，應鼓勵民眾接受 Mpox 疫苗接種(同意書如附件13)。有意願提供 Mpox 疫苗接種的執行機構，可依需求評估辦理預防接種門診服務，惟若評估後不辦理預防接種門診服務，仍應將有意願接種 Mpox 疫苗之民眾轉介至其他院所接受 Mpox 疫苗接種服務，並依加入公費 PrEP 計畫民眾疫苗接種完成率予以補助。
2. 提供疫苗接種服務各項前置準備工作，包括：院所內預防接種預約掛號設定、疫苗管理、執行機構預防接種資料查詢系統調整及上傳作業、協調醫護人力支援、辦理皮下/皮內注射人員教育訓練、接種民眾名單管理聯繫等，並與所轄衛生局合作完成簽約加入成為 Mpox 疫苗接種合作院所。
3. 預防接種門診服務可採開辦 Mpox 疫苗專診，或併於其他科別門診(例如：感染科、家醫科、泌尿科、皮膚科、旅遊醫學門診、常規疫苗接種門診等)方式辦理。
4. 符合 Mpox 疫苗接種對象就醫時，可同時提供疫苗接種服務或同時段若院(所)內或其他院所有提供接種服務，可轉介其接受 Mpox 疫苗接種服務，可採現場加號方式提供疫苗接種服務；該時段若無接種服務，如接種服務人力可配合，亦可立即提供民眾接種服務；如預約掛號或臨時需接種人數僅1人，仍可直接開封1瓶疫苗，即時提供接種服務。

(二)提供 Mpox 疫苗預防接種假日或夜間門診：為增加民眾接種疫苗之可近性，於假日或夜間加診次。

(三)辦理社區外展 Mpox 疫苗接種服務：

1. 於優先重點族群發生高風險性行為之場域(例如：高風險性行為之三溫暖、按摩會館、曾取締轟趴或性交易之地點等)設置社區外展接種站。
2. 可與縣市衛生局(所)或民間團體合作，辦理外展接種服務，或自行規劃辦理外展接種服務；須事先填報「Mpox 疫苗社區接種站申請表」(如附件14)送所轄縣市衛生局審核。
3. 接種點及接種時間之擇定，應由執行機構與衛生局共同規劃，執行機構之醫療人員需事前依相關法規規範完成支援報備作業。

(四)配合 Mpox 疫苗預防接種發放愛滋自我篩檢試劑：

1. 發放對象：符合疫苗接種條件之近1年有風險性行為者(例如：多重性伴侶、性交易服務者、於營業場所發生性行為者等)；過去曾罹患性病；或性接觸對象有前述任一情形者。
2. 發放原則：由本署比照 Mpox 疫苗分配接種原則撥配至各縣市衛生局，由縣市衛生局依據轄內合作執行機構服務量能，進行撥配調度及管理，送完為止。
3. 執行方式：執行機構於辦理 Mpox 疫苗接種服務時，將自我篩檢試劑提供符合發放對象之民眾；請於民眾 Mpox 疫苗接種同意書右上角填上試劑編號，或與所轄縣市衛生局討論合適造冊方式，發放並衛教鼓勵民眾掃描試劑外盒之 QR code 填寫問卷，於完成自我篩檢後登錄檢驗結果。

(五)Mpox 疫苗接種服務相關事項，詳見「Mpox 防治工作手冊」及「Mpox 疫苗 JYNNEOS®使用及管理方案」等，可至本署網站/Mpox 專區/重要指引及教材或疫苗項下查閱。

## 六、經費補助標準

### (一)個案追蹤輔導費



為提升計畫服務品質及加強後續個案管理，爰透過執行機構輔導民眾（包含：詢問參與計畫民眾電子信箱，逐筆登錄資料進行造冊等），並寄發宣導愛滋相關衛教訊息，包括第1個月需加強服藥順從性及觀察服藥情形等衛教，提醒回診及愛滋篩檢等工作。每家執行機構得按113年服務人數覈實編列，每人500元，至多編列12萬元(同醫院不同院區視為不同單位)。執行機構須提撥本項經費之60%經費予執行計畫之相關人員，匯款等相關佐證資料應於辦理核銷作業時併相關文件函送本署。

## (二) 定額補助費用

本署採定額補助方式提供民眾接受 PrEP 服務經費，由執行機構自行採購計畫使用 PrEP 藥品，定額補助費用含藥品費用(補助之藥品顆數)、個案管理服務費、愛滋病毒檢驗費及藥事服務費等。收案管理80名加入 PrEP 計畫之民眾，為維持服務品質及量能，應聘僱1名專職個案管理師或提出相應人力規劃，每增加80名應再增聘1名（同醫院不同院區視為不同單位）。補助對象及金額分述如下：

1. 感染者之女性配偶/伴侶、女性年輕族群、跨性別女性：每月補助執行機構14,000元，條件為補助對象該次就醫，執行機構應至少開立30顆藥予補助對象。
2. 感染者之男性配偶/伴侶、男性年輕族群：每3個月定額補助1次予執行機構，第1-3次就醫開藥每次補助10,000元，條件為補助對象該次就醫，執行機構應至少開立20顆藥予補助對象；若補助對象持續回診就醫，則補助對象第4次就醫開藥時補助14,000元，條件為補助對象該次就醫，執行機構應至少開立30顆藥予補助對象。

### (三) 民眾穩定回診服藥酬賞金

為確保民眾穩定服藥，提升服藥順從性，以及配合預防措施定期篩檢、降低風險行為、維持未感染狀態，執行機構得自行規劃獎勵措施(如：禮券、酬賞金等)，於計畫中敘明辦理內容，並按服務人數覈實編列經費。編列原則為民眾於參與計畫期間，穩定回診並維持未感染愛滋病毒之狀態，則每次回診就醫得予適當獎勵，每位民眾每年以1,600元為上限。例如：若民眾按醫囑定期回診就醫、接受愛滋篩檢服務、有使用成癮性藥物者願意接受轉介治療、服藥順從性或配合度佳、降低風險行為以維持未感染等狀況，可給予一定金額之酬賞金(禮卷或等值禮品)；或者以累積點數計算，達標者給予一定金額之酬賞金。

### (四) 配偶諮詢輔導加入費

為提高感染者血清相異配偶加入計畫之人數，執行機構如能針對愛滋通報個案，鼓勵其血清相異配偶成功於113年加入計畫，補助4,000元/案，執行機構須提撥本項經費之60%予執行計畫之相關人員，匯款等相關佐證資料應於辦理核銷作業時併相關文件函送本署。

### (五) 轉介藥癮戒治費

為提升併有使用成癮藥物者接受治療之動機，有成功轉介服藥併用成癮性藥物民眾至戒癮治療機構(精神科或身心科門診)接受治療，並填寫「轉介藥癮戒治情況表」(附件15)，則補助「轉介藥癮戒治費」5,000元/人。

### (六) 藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費用

藥癮戒治單位成功轉銜藥癮戒治者加入 PrEP 計畫，並填寫「藥癮戒治者成功加入 PrEP 轉銜表」(附件16)，則補助

5,000元/人(不限同一機構)。

(七) 經濟或社會弱勢族群補助費

經衛生局認定為經濟或社會弱勢之感染者配偶/伴侶、年輕族群，本署除提供定額補助外，另全額補助其加入計畫期間因本計畫所衍生之掛號費、診察費及自費檢驗項目(附件17)，並依實際就醫狀況，核實支付。

(八) 提供 Mpox 疫苗預防接種服務之醫療服務補助費：

1. 依加入 PrEP 計畫民眾接種完成率達成情形，按級距提供補助費 (未提供 Mpox 疫苗接種的執行機構，若協助轉介加入 PrEP 民眾完成2劑疫苗接種，亦可獲得補助)：

(1) 接種2劑完成率70-79%，補助3萬元；80-89%，補助5萬元；90%(含)以上，補助8萬元。

(2) 完成率=加入公費 PrEP 計畫且完整接種2劑 Mpox 疫苗人數/加入公費 PrEP 計畫人數 × 100%

(3) 以113年9月30日前加入公費 PrEP 計畫者列入計算(惟疫苗接種服務不限 PrEP 公費對象)。

2. 辦理 Mpox 疫苗預防接種門診醫療服務費、開設假日或夜間門診加成補助費：補助如下表，屆時依113年實際開設情形核實支付。

醫療院所最高一週預約掛號容額服務人次(級距別)	開辦門診醫療服務費(採一次性補助)	開設夜診或假日門診(加成補助40%費用)
<50人	無補助	無補助
≥50人	補助5萬元	符合本級距者，累計開設達4診次假日或夜間門診，加成補助2萬元(即5萬 x40%)；累計開設達8診次假日或夜間門診，加成補助4萬元(即5萬 x40%x2)，以此類推

≥150人	補助10萬元	符合本級距者，累計開設達8診次假日或夜間門診，加成補助4萬元(即10萬 x40%);累計開設達16診次假日或夜間門診，加成補助8萬元(即10萬 x40%x2)，以此類推
≥500人	補助35萬元	符合本級距者，累計開設達16診次假日或夜間門診，加成補助14萬元(即35萬 x40%);累計開設達32診次假日或夜間門診，加成補助28萬元(即35萬 x40% x 2) ，以此類推

3. 辦理 Mpox 疫苗預防接種社區外展接種站之補助費：開設社區外展接種站，每場次需服務至少3小時以上，每場次提供接種服務20人(含)以上補助3萬元、11-20人補助2萬元、小於10人則補助1萬元，用以支付外展服務之人力、交通、場地、行政業務等相關費用。
4. 配合 Mpox 疫苗預防接種發放愛滋自我篩檢試劑之補助費：執行機構提供愛滋自我篩檢試劑發放與衛教服務，補助每人每次100元衛教服務費，核實支付。
5. 有關提供 Mpox 疫苗接種服務之接種處置費(100元/人次)，執行院所須於全國性預防接種資訊管理(NIIS)系統上傳完整之接種資料，由健保代收代付方式提供，以每季(3個月)核算1次，不得再向民眾收取接種診察費與醫材費。
6. 執行機構申請本項費用，支給予執行本案接種服務團隊或工作人員之金額，不得低於本項總補助金額之50%。

## 七、其他

- (一)補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填寫「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表」(附件18)。

(二)為管控及掌握計畫系統之收案名額，避免因加入計畫民眾長時間未回診拿藥，佔據補助總名額，補助時程以計畫履約期間為原則，加入計畫者初次領藥後，如回診間距超過120日，則由系統自動判定釋出該次定額補助額度。另本計畫不強制民眾退出計畫，由個管師及醫師共同討論服藥方式，並建議民眾於每3個月接受愛滋及相關檢驗，惟若民眾超過200日未回診或愛滋病毒篩檢陽性，則需退出計畫。

(三)補助經濟或社會弱勢者之認定規範：符合下列任一項資格，並經衛生局認定者

1. 低收入戶：檢附戶籍所在地鄉鎮區公所以以上機關核發之低收入戶證明文件正本及「戶籍謄本」。
2. 中低收入戶：檢附戶籍所在地鄉鎮區公所以以上機關核發之中低收入戶證明文件正本及「戶籍謄本」。
3. 領有身心障礙手冊。
4. 清寒證明者：檢附鄉鎮區公所以以上機關開具清寒證明。
5. 育有未成年子女3人以上者：檢附「戶籍謄本」。
6. 留置教養機構或寄養家庭者。
7. 受家庭暴力或性侵害之受害者。
8. 大學(專)以下在學學生：檢附學生證影本。
9. 感染者之女性配偶/伴侶、女性年輕族群、跨性別女性。

## 伍、計畫行政程序

(一)申請期限：執行機構應於112年11月24日前將計畫書送所轄衛生局進行初審。

(二)申請資格：

1. 經衛生局核備同意可執行 PrEP 之醫事機構。

2. 醫師及相關護理人員依「醫事機構執行人類免疫缺乏病毒預防性投藥服務規範」定期接受愛滋相關教育訓練。

(三) 申請程序：申請人為機構，並載明負責人姓名。申請本計畫之執行機構應於申請期限內，填妥計畫書(附件19)，以掛號方式郵寄(以郵戳為憑)或由專人送達所轄衛生局。

(四) 審查方式及審查基準

1. 申請案由衛生局進行初審，初審意見表詳如附件 20，請衛生局於 112 年 12 月 8 日前完成初審，將轄內計畫執行機構之計畫書併同初審意見表(電子檔請另寄承辦人信箱)函送本署。
2. 通過初審之申請案由本署進行書審或聘請相關專家為審查委員，全部審查項目之合計總分數(滿分)為 100 分，由各審查委員依申請執行機構之計畫書內容、實際執行情形或現場口頭報告作為各項審查標準評分，審查結果平均未達 75 分者，將不予補(捐)助。審查結果經行政程序核定後，另行通知各申請執行機構，並依規定辦理後續作業。
3. 申請案之審查基準依醫療院所申請計畫書審查綱要暨作業原則(附件 21)辦理。

(五) 經費撥付標準及時程

1. 本計畫期程為 1 年，自 113 年 1 月 1 日起算至 113 年 12 月 31 日止，受補助之機構應確實依本計畫期程及契約書內容(附件 22)辦理，落實完成本計畫重點工作項目，於完成本計畫簽約程序後，經費由本署分期撥付。惟預算因故未能動支者，得延後辦理支付或調整變更補助金額，並修正或終止契約。

(1) 第 1 期款：執行機構於規定期限前，函送領據，撥付補

助費如下：

- I. 個案追蹤輔導費、民眾穩定回診服藥酬賞金：依初核金額全額撥付，年底依實際執行狀況，覈實支付。
- II. 定額補助費用、轉介藥癮戒治費、經濟或社會弱勢族群補助費、配偶諮詢輔導加入費、藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費用：撥付初核費用之 70%，年底依實際執行狀況，覈實支付。

(2) 第 2 期款：於 113 年 12 月 15 日前，函送領據及相關文件，依實際執行狀況，核實撥付尚未撥付之經費(含 Mpox 疫苗接種服務之補助費)；若因執行不如預期，致第一期款項溢付，亦應於年底前繳回。

2.申請機構實際完成履約之日期，以機關收文日為憑。

#### (六) 提交成果報告

於113年12月15日前，函送期末報告1份(附件23)及報告內容之電腦文書檔，俾憑辦理結案。本成果將作為未來預防性投藥補助計畫之參考依據。

#### (七) 經費核銷

於113年12月15日前，將執行計畫之經費申請表一式2份(附件24)、用藥情形概況表一式2份(附件25)、收支明細表一式2份(附件26)，併同期末報告正本一式2份及報告內容之電腦文書檔、經受補助執行機構之承辦人、會計及主管等相關人員核章後，函送本署辦理核銷，當年度若有賸餘款應同時繳回本署。

感染者伴侶轉銜暨弱勢評估證明單

113年非愛滋指定醫事機構  
愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫

感染者伴侶轉銜暨弱勢評估證明單

\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_) 符合「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫」補助對象，特此證明，並轉介其至\_\_\_\_\_執行機構就醫接受PrEP諮詢及評估投藥。

衛生局已於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至系統上鍵入民眾資料，並完成愛滋病毒檢驗陰性、高風險評估、行為調查評估單(號碼：\_\_\_\_\_)及計畫說明。

\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_) 是否經認定符合經濟或社會弱勢者？

- 否，由本署補助部分藥費，其餘項目需自費。
- 是，本署除補助部分藥費及定額補助外，另全額補助其加入計畫期間與本計畫執行有關之掛號費、診察費及自費檢驗項目等。

\_\_\_\_\_ 衛生局/所

承辦人：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

簽章：\_\_\_\_\_

★本證明單有效期限至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日止，逾期須重新申請證明。請於有效期限內，儘速至指定之執行機構接受PrEP諮詢及評估服務。

★本單請交由執行機構作為病歷附件留存

備註：衛生局於系統建立民眾資料後，可由系統下載。



「113 年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性  
投藥(PrEP)計畫」  
同意書 (參考版本)

本人(立同意書人)\_\_\_\_\_經\_\_\_\_\_執行機構的醫護  
相關人員說明與充分討論後，已充分瞭解服用抗人類免疫缺乏病毒(HIV)藥物做  
為預防感染愛滋的目的，及該藥物可能帶來的副作用與規則服藥的重要性。本人  
同意以下事項，下列若有任何一項不同意，則不得加入本計畫：

- 一、 遵從醫師的醫囑服用藥物，並同意接受衛生福利部疾病管制署補助之「愛  
滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫」，進行 PrEP 適用性  
評估、按規服藥、衛教、諮詢與後續追蹤檢驗等服務，以預防感染愛滋。
- 二、 同意本計畫僅補助藥物及愛滋病毒檢驗費，其他醫療及相關檢驗等服務，  
均為自費項目(經衛生局認定為經濟或社會弱勢者除外)。
- 三、 同意依衛生福利部疾病管制署規定，由提供本計畫之服務機構抽取血液檢  
體，評估服藥順從性及體內是否具有足夠藥物濃度可避免感染愛滋。
- 四、 知悉未經過醫師評估就服用暴露愛滋病毒前預防性藥物，可能會產生愛滋  
病毒抗藥性，若真的感染愛滋病毒，會增加治療的困難度，本計畫補助之  
藥物為醫師處方用藥，若自行轉讓他人會違反藥事法第 50 條，最高得處  
新臺幣 200 萬元罰鍰。故同意本計畫補助之藥物需經過醫師評估後方可開  
立使用，不得任意提供他人使用。
- 五、 知悉本計畫補助之藥物屬疾病管制署補助之藥物，若轉售，依藥事法第 28  
條或第 55 條，最高得處新臺幣 500 萬元罰鍰。同意不得轉售本計畫補助  
之藥物。

立同意書人： (簽名或蓋章)

身分證字號：

通訊地址：

連絡電話：

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

藥事法第28條「西藥販賣業者之藥品及其買賣，應由專任藥師駐店管理。」

藥事法第50條「須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應。」

藥事法第55條「經核准製造或輸入之藥物樣品或贈品，不得出售。」

本同意書請執行機構自行留存

## 填報時程規範

紀錄單項目	填報時程及規範
行為調查評估單	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可由民眾自填。</li> <li>2. 初次就醫時填寫，爾後間隔每 3 個月填報 1 張。2 張間距為 74-100 天。</li> </ol>
初次服務紀錄單	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由執行機構填報。</li> <li>2. 完成民眾適用性評估及相關衛教諮詢服務後填報 1 張。</li> <li>3. 每位民眾於計畫期間僅需填報 1 張。</li> </ol>
第1個月服務紀錄單	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由執行機構填報。</li> <li>2. 衛教與追蹤民眾服藥及副作用等情形。</li> <li>3. 每位民眾於計畫期間僅需填報 1 張。</li> </ol>
持續服務紀錄單	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由執行機構填報。</li> <li>2. 開立藥物後第 3 個月填報 1 張，爾後間隔每 3 個月填報 1 張。2 張間距為 74-100 天。</li> <li>3. 每位民眾於計畫期間至多填報 4 張持續服務紀錄單。</li> <li>4. 須完成愛滋病毒檢驗項目。</li> </ol>
服藥紀錄單	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由執行機構填報。</li> <li>2. 每次開立藥物皆須填報 1 張。</li> <li>3. 詳實記錄開藥顆數，俾憑管理。</li> </ol>

註1：若民眾為112年即加入計畫，113年持續參加本計畫者，得免填具「初次服務紀錄單」、「第1個月服務紀錄單」。

## 工作項目檢核表-感染者之女性配偶/伴侶、女性年輕族群、跨 性別女性

服務項目 /時程	開立藥物時程												
	初次 就醫	第 1 個月	第 2 個月	第 3 個月	第 4 個月	第 5 個月	第 6 個月	第 7 個月	第 8 個月	第 9 個月	第 10 個月	第 11 個月	第 12 個月
	適用 性 評 估												
定額補助 金額	14,000元/每次就醫												
PrEP 藥物 (顆數)	30	(30)	(30)	30	(30)	(30)	30	(30)	(30)	30	(30)	(30)	30
愛滋病毒 篩檢	v	v		v			v			v			v
行為調查 評估單	v			v			v			v			v
初次服務 紀錄單	v												
第1個月服 務紀錄單		v											
持續服務 紀錄單				v			v			v			v
服藥紀錄 單	v	(v)	(v)	v	(v)	(v)	v	(v)	(v)	v	(v)	(v)	v

註1：此表僅供參考，若民眾搭配藥廠舒發泰方案(買1送2方案)，仍建議每3個月定期回診評估並接受愛滋篩檢服務。

註2：( )表視需要，若民眾有就醫開藥即需填寫。

註3：每月就醫間隔至少 25-35 天。

## 工作項目檢核表-感染者之男性配偶/伴侶、男性年輕族群

服務項目/ 時程	開立藥物時程					
	初次 就醫	第1個 月	第2次 就醫 (第3個月)	第3次 就醫 (第6個月)	第4次 就醫 (第9個月)	第5次 就醫 (第12個月)
	適用性 評估					
定額補助 金額	10,000元/每次就醫				14,000元	10,000元
PrEP 藥 物(顆數)	20		20	20	30	20
愛滋病毒 篩檢	v	v*	v	v	v	v
行為調查 評估單	v		v	v	v	v
初次服務 紀錄單	v					
第1個月 服務紀錄 單		v				
持續服務 紀錄單			v	v	v	v
服藥紀錄 單	v		v	v	v	v

註1：此表僅供參考，若民眾搭配藥廠舒發泰方案(買1送2方案)，仍建議每3個月定期回診評估並接受愛滋篩檢服務。\*服藥後第1個月，建議民眾自行透過多元篩檢管道(如：自我篩檢、匿名篩檢、醫院愛滋篩檢等)進行愛滋篩檢，該次檢驗費用本計畫無補助。

註2：每3個月就醫間隔至少74-100天。

## 行為調查評估單

- 填寫者：民眾自填(網頁版)
- 填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(系統自動帶入)

### 一、基本資料

- (一) 生日：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- (二) 現居住地：縣(市)
- (三) 性別：(1)男 (2)女 (3)跨性別
- (四) 性傾向：(1)同性(2)異性(3)雙性
- (五) 教育程度：
  - (1)不識字 (2)國小 (3)國中 (4)高中職
  - (5)大專大學 (6)碩士 (7)博士

### 二、行為評估

- (一) 最近1年內有無肛交或陰道交之性行為?(1)是 (2)否
- (二) 最近1年內性行為(肛交或陰道交)時未全程使用保險套?
  - 是，未全程 否
- (三) 最近1年內是否曾感染性病(如梅毒、淋病、披衣菌、菜花...等)?
  - 是 否
- (四) 最近1年是否為性工作者?
  - 是 否
- (五) 最近1年是否使用「非職業性暴露愛滋病毒後預防性投藥(nPEP)」?
  - 是 否
- (六) 現在性伴侶是否為愛滋病毒感染者?
  - 是 否，請跳答三、(一)
- (七) 你的伴侶(愛滋篩檢陽性)是否使用雞尾酒療法?
  - 是 否 不知道
- (八) 你的伴侶(愛滋篩檢陽性)是否已控制體內愛滋病毒量?
  - 是 否 不知道

### 三、藥癮行為評估

- (一) 您最近1年是否曾使用成癮性藥物?
  - 是
  - 否(須再答下列題項)
- (二) 您最近3個月使用成癮性藥物名稱：(可複選)
  - 海洛因 古柯鹼、快克 安非他命(煙吸使用)
  - 安非他命(注射使用) 搖頭丸、快樂丸、MDMA
  - 大麻 嗎啡 紅中 青發 白板 FM2
  - K他命 LSD、搖腳丸 一粒眠 美沙冬(非執行機構處方)

GHB(G 水) 黑貓、5-meo、喵喵(卡西酮類) RUSH 其他\_\_\_\_\_

(三) 您最近 3 個月使用成癮性藥物的頻率？

1 個月使用 1 次以下 1 個月使用約 2-3 次

1 星期使用 1 次 1 星期使用 2-3 次

1 星期使用 4-6 次 1 天使用 1 次

1 天使用 2-3 次 1 天使用 4 次以上

(四) 您使用成癮性藥物之地點？(可複選)

自己家中 非自己家裡之轟趴場合 夜店

其他娛樂場所 5.其他

(五) 您使用成癮藥物伴隨性行為發生之比率為？

每次都有 80%以上 50~80% 30~50%

30%以下 從來沒有

(六) 您在伴隨藥物使用下的性行為，是否有使用保險套？

每次都 大部分都有用 有時候會用 從來不使用

(七) 承上題，您未使用保險套之原因？(可複選)

太茫了沒想到要用 性伴侶拒絕使用 覺得沒有必要 手邊剛好沒有 使用起來不舒服 其他原因\_\_\_\_\_

(八) 您認識的朋友當中，過去 1 年中有無使用成癮藥物？

有 無

(九) 您認識的朋友當中，10 人中有幾人有使用成癮藥物？人

(十) 是否目前在身心科門診進行成癮治療中？

是 否，原因：

#### 四、風險補償行為評估

(一) 整體而言，您覺得自己會感染愛滋病毒的可能性？

非常不可能 不可能 可能 有可能 非常可能

(二) 過去 3 個月，您的固定伴侶人數？

0 位 1 位 2 位 3 位 4 位 5 位

6 位 7 位 8 位 9 位 10 位(含)以上

(三) 過去 3 個月，您的非固定伴侶(如一夜情、約砲)人數？

0 位 1 位 2 位 3 位 4 位 5 位

6 位 7 位 8 位 9 位 10 位(含)以上

(四) 過去 3 個月，您在肛交或陰道交時，使用保險套的頻率？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%

70% 80% 90% 100%

### 五、加入本計畫使用預防性用藥的同意程度

項目	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
(一)您使用預防性用藥，可以預防您感染愛滋病毒？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)您使用預防性用藥，可以讓您不用擔心性行為時被傳染愛滋病毒這件事？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)您使用預防性用藥，可以讓您嘗試不使用保險套？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(四)使用預防性用藥的花費，對您來說是一筆負擔？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(五)使用預防性用藥，會讓您覺得心理不太舒服，因為您並沒有感染愛滋病毒？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(六)使用預防性用藥，您會擔心有副作用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(七)使用預防性用藥，您擔心沒有每天服用的話，會降低預防效果？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(八)您擔心被別人發現在服用預防性用藥，會被認為您是有感染愛滋病毒的？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(九)要去執行機構才能取得預防性用藥，這對您來說是麻煩的？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 初次服務紀錄單

本服務紀錄單適用於愛滋病毒篩檢陰性且同意加入本計畫，並至愛滋醫療門診處進行 PrEP 適用性評估時填寫。

- 填寫時程：適用性評估
- 填寫者：由執行機構填報
- 執行機構名稱：(系統自動帶入)
- 診療醫師：
- 就醫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(預設為今日)
- 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(預設為今日)

## 一、基本資料：

- (一) 身分證字號：(初次執行機構填寫，之後由系統自動帶入)
- (二) 姓名：\_\_\_\_\_ (初次執行機構填寫，之後由系統自動帶入)
- (三) 生日：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(系統自動帶入)
- (四) 行為調查評估單號碼：(請填上民眾自填行為評估單後產生的號碼)
- (五) 電子郵件信箱：(初次執行機構填寫，之後由系統自動帶入)  
\*為利於民眾加入計畫第1個月或退出計畫後提供衛教宣導或寄送自我篩檢試劑兌換券提供篩檢服務用。□民眾不同意提供
- (六) 聯絡方式：□電話□通訊軟體(Line/Messenger/其他)□其他\_\_\_\_\_
- (七) 電話號碼/社群帳號：\_\_\_\_\_

## 二、愛滋篩檢紀錄

預計進行檢驗方式(可複選)

愛滋病毒篩檢

- 自我篩檢
- 匿名篩檢
- 下次回診篩檢
- 其他：\_\_\_\_\_

## 三、PrEP 適用性評估-實驗室檢驗(僅限於開立藥物前檢驗一次)

檢驗項目	檢驗日期 (西元年/月/日)	檢驗結果
愛滋檢驗 先進行愛滋病毒篩檢(抗原/抗體複合型檢測)，若篩檢為陽性者請送確認檢驗。若確認檢驗為陽性者，請將檢驗日期更新為確認檢驗採血日期。	(必填)	<input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+)
梅毒螺旋體	(必填)	1. <input type="checkbox"/> RPR 或 <input type="checkbox"/> VDRL 效價=1: _____ 2. <input type="checkbox"/> TPHA 或 <input type="checkbox"/> TPPA 效價=1: _____



檢驗項目	檢驗日期 (西元年/月/日)	檢驗結果
腎功能	(必填)	<input type="checkbox"/> BUN: _____ mg/dL <input type="checkbox"/> Cr: _____ mg/dL
B 型肝炎表面抗原 HBsAg	(必填)	<input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+)
血清麩胺酸苯醋轉氨基酶 S-GOT	(必填)	S-GOT: _____ U/L
血清麩胺酸丙酮轉氨基酶 S-GPT	(必填)	S-GPT: _____ U/L <input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+)
女性懷孕檢查	(女性必填)	<input type="checkbox"/> 不須檢驗

備註：以上檢驗項目可透過系統自動介接後上傳至本署系統，執行機構得免手動鍵入檢驗結果

#### 四、執行暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)開立藥物前之衛教內容(必填)

已完成下列所有衛教(勾選後，下方系統自動勾選)

##### 衛教內容

(一)於開立處方前向民眾說明使用 PrEP 之相關注意事項。

1.  以淺顯易懂的方式向民眾說明 PrEP。
2.  說明 PrEP 僅為完整預防感染愛滋病毒方式的一個環節。
3.  說明 PrEP 的保護效用與服藥遵從性息息相關。
4.  說明固定的服藥時間與服藥遵從性的重要性。
5.  說明 PrEP 能降低但無法完全消除感染愛滋病毒的風險。
6.  說明 PrEP 無法預防感染其他性病，如梅毒、淋病。
7.  向民眾強調藥物需要累積一定劑量以達到保護效果。
8.  與民眾討論忘記服用藥物時的補救方式，以及強調忘記服藥時需使用保險套。
9.  其他(請敘明):

(二)向民眾進行服藥後追蹤與副作用相關說明。

1.  說明副作用，包括有頭痛、腹痛、體重減低；這些副作用通常在服藥1個月之後改善。
2.  說明 PrEP 長期服用的安全性。
3.  說明開立 PrEP 後需要接受例行檢驗。
4.  強調按時回診進行追蹤檢驗，包含每3個月1次的愛滋病毒檢驗。
5.  其他(請敘明):

(三)向民眾說明中斷 PrEP 的條件。

1.  愛滋病毒篩檢結果呈陽性，需立即停止服用 PrEP。
2.  產生腎臟疾病或原本腎臟疾病惡化。
3.  將藥物使用於非預期之目的。
4.  服藥順從性不佳或未依約定回診。
5.  原本的危險性行為改變(即不再需要使用 PrEP)。

6.  出現急性愛滋病毒感染(Acute HIV infection)的可能症狀。

7.  其他(請敘明):

(四)向民眾說明使用 PrEP 期間懷孕之潛在利益/風險(非孕齡婦女以下不須填寫)。

1.  說明 PrEP 可減少懷孕期間的急性愛滋病毒感染(減少母嬰垂直感染的風險)的可能利益。

2.  說明現有證據支持 TDF/FTC 不會增加胎兒發生先天缺陷的危險；然而也沒有足夠證據排除發生傷害的可能性。

3.  其他(請敘明):

## 五、服藥紀錄

是否搭配藥廠舒發泰方案(買1送2方案)?

否

是，自費購買\_\_\_\_\_罐藥，\_\_\_\_\_顆粒數。

## 第 1 個月服務紀錄單

- 填寫者：由執行機構填報
- 執行機構名稱：(系統自動帶入)
- 聯絡日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(系統預設為今日)

### 一、基本資料：

- (一) 身分證字號：(初次執行機構填寫，之後由系統自動帶入)
- (二) 姓名：\_\_\_\_\_(初次執行機構填寫，之後由系統自動帶入)
- (三) 生日：西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(系統自動帶入)

### 二、愛滋篩檢紀錄

檢驗項目	檢驗日期 (西元年/月/日)	檢驗結果
愛滋病毒篩檢		
<input type="checkbox"/> 自我篩檢		<input type="checkbox"/> 陰性(-)
<input type="checkbox"/> 匿名篩檢	(必填)	<input type="checkbox"/> 陽性(+)
<input type="checkbox"/> 回診篩檢		<input type="checkbox"/> 未檢驗，原因為：_(請以文字敘明)_
<input type="checkbox"/> 其他：_____		

### 三、愛滋防治衛教 (必填)

- 已完成下列所有衛教(勾選後，下方系統自動勾選)

#### 衛教內容

#### (一)愛滋防治

1. 以淺顯易懂的方式向民眾介紹「什麼是愛滋病?及其傳染途徑(性行為/血液交換/母子垂直感染)」
2. 說明112年國內存活之愛滋感染者已超過3萬5千人，其中男性占大宗高達9成以上，且「不安全性行為」為國內愛滋疫情上升的主因，有超過90%的感染者皆因不安全性行為而感染。國內愛滋疫情有年輕化的趨勢，愛滋感染診斷年齡最主要之族群，為診斷年齡為25-34歲，占約3成。
3. 說明應定期進行愛滋病毒篩檢，可多利用匿名篩檢或自我篩檢管道，以當發現感染愛滋病毒時，能儘早連結醫療體系治療。
4. 其他(請敘明)：

#### (二)安全性行為及藥癮行為衛教

1. 說明應於性行為時全程正確使用保險套且搭配水性潤滑液、不參加轟趴、性派對或有多重性伴侶、不共用針具、不使用毒品並應定期篩檢。
2. 說明愛滋感染機率为肛交的接受方(13%)>肛交進入方(8%)>陰道交(女性，0.8%)>陰道交(男性，0.4%)。
3. 說明多重性伴侶會提高感染性傳染病的機率。

## 衛教內容

4.  詢問民眾是否願意帶性伴侶來接受篩檢？

願意  性伴侶已檢驗  性伴侶也是愛滋病毒感染者

性伴侶不明，無法帶來檢驗

不願意，原因：

並說明就算自己只有單一性伴侶，也有感染愛滋及性病的風險。

5.  說明性行為時合併使用成癮藥物之危險性。

6.  減害資訊提供、衛教及注意事項：(請以文字描述)

7.  其他(請敘明)：

### 四、服藥紀錄

(一) 服藥採用方式：(必填)

每日服用(daily)；  需要時服用(on demand) (接下題)

(二) 採需要時服用者，發生性行為會服用 PrEP 的頻率？(必填)

總是服用(100%)  經常服用(75-99%)  有時服用(50-74%)

偶爾服用(25-49%)  很少服用(低於 25%)

(三) 曾有過無按時服用的狀況嗎？  有(接下題)  無 (必填)

(四) 無按時服藥的原因：

沒有性行為  忘記服藥(接下題)  藥已吃完  手邊沒藥(如:忘記帶)

其他(請敘明)：(勾其他，敘明必填)

(五) 針對民眾忘記服藥，個案師是否有與民眾討論可行之方式？

有，建議採行方法： 設定鬧鐘  下載 APP 提醒(如: 阿普 UPrEPU)

固定時間服用  其他\_\_\_\_\_

無

(六) 有無服藥副作用：

1.  否

2.  是；症狀(勾是，必填)：(1) 頭痛(2) 噁心(3) 腹瀉(4) 無力

(5) 腎功能受損(6) 乳酸代謝性中毒(7) 骨密度流失(8) 皮膚色素沉著

(9) 其他(請敘明)：\_\_\_\_\_ (勾其他，敘明必填)

### 五、是否停止投藥

否

是；停藥日期:西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日；

原因： 民眾無法自費負擔藥物  民眾無法定期回診

民眾因其他原因堅持停藥  暴露於病毒感染的風險降低

無法忍受藥物副作用  經評估及衛教後服藥順從性仍不佳

其他(請敘明)：(勾其他，敘明必填)

## 持續服務紀錄單

- 填寫者：由執行機構填報
- 執行機構名稱：
- 就醫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 一、基本資料：

- (一) 身分證字號：(系統自動帶入)
- (二) 姓名：\_\_\_\_\_ (系統自動帶入)
- (三) 生日：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(系統自動帶入)

### 二、實驗室定期檢查

註明：「愛滋病毒篩檢」必須每3個月檢驗一次。

檢驗項目	檢驗日期 (西元年/月/日)	檢驗結果
愛滋檢驗 先進行愛滋病毒篩檢(抗原/抗體複合型檢測)，若篩檢為陽性者請送確認檢驗。若確認檢驗為陽性者，請將檢驗日期更新為確認檢驗採血日期。	(必填)	<input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+)  1. <input type="checkbox"/> RPR 或 <input type="checkbox"/> VDRL 效價=1:_____
梅毒螺旋體		2. <input type="checkbox"/> TPHA 或 <input type="checkbox"/> TPPA 效價=1:_____
腎功能		<input type="checkbox"/> BUN: _____ mg/dL <input type="checkbox"/> Cr: _____ mg/dL
B 型肝炎表面抗原 HBsAg		<input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+)
血清麩胺酸苯醋轉氨基酶 S-GOT		S-GOT: _____ U/L
血清麩胺酸丙酮轉氨基酶 S-GPT		S-GPT: _____ U/L
懷孕檢查		<input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 不須檢驗

備註：以上檢驗項目可透過系統自動介接後上傳至本署系統，執行機構得免手動鍵入檢驗數值。

## 服藥紀錄單

- 填寫者：由執行機構填報
- 執行機構名稱：(系統自動帶入)
- 診療醫師：
- 填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(系統預設為今日)
- 就醫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(系統預設為今日)

一、身分證字號：(系統自動帶入)

二、姓名：\_\_\_\_\_ (系統自動帶入)

### 三、服藥紀錄

(一) 本次開立藥物顆數：顆。

(二) 服藥採用方式： (必填)

每日服用(daily)；  需要時服用(on demand) (接下題)

(三) 採需要時服用者，發生性行為會服用 PrEP 的頻率？ (必填)

總是服用(100%)  經常服用(75-99%)  有時服用(50-74%)  
 偶爾服用(25-49%)  很少服用(低於 25%)

(四) 曾有過無按時服用的狀況嗎？  有(接下題)  無 (必填)

(五) 無按時服藥的原因：

沒有性行為  忘記服藥(接下題)  藥已吃完  手邊沒藥(如:忘記帶)  
 其他(請敘明)：(勾其他，敘明必填)

(六) 針對民眾忘記服藥，個管師是否有與民眾討論可行之方式？

有，採行方法： 設定鬧鐘  下載 APP 提醒(如: 阿普 UPrEPU)  
 固定時間服用  其他\_\_\_\_\_

無

(七) 有無服藥副作用：

1.  否

2.  是；症狀(勾是，必填)：(1) 頭痛(2) 噁心(3) 腹瀉(4) 無力  
 (5) 腎功能受損(6) 乳酸代謝性中毒(7) 骨密度流失(8) 皮膚色素沉  
 著(9) 其他(請敘明)：(勾其他，敘明必填)

### 四、是否停止投藥

否

是；停藥日期:西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；

原因： 民眾無法自費負擔藥物  民眾無法定期回診

民眾因其他原因堅持停藥  暴露於病毒感染的風險降低

無法忍受藥物副作用  經評估及衛教後服藥順從性仍不佳

其他(請敘明)：(勾其他，敘明必填)

### 五、自費服藥紀錄

否

是；自費購買\_\_\_\_顆，廠商送\_\_\_\_顆

## 衛教內容及參考資料

### 衛教知識

#### ▲ 已告知民眾愛滋病毒感染途徑及安全行為之重要性？

1. 愛滋病毒主要存在於病患的血液、精液和陰道分泌物，可經由性行為(包括陰道交、肛交或口交)、藥癮者共用針具或輸入帶有病毒感染的血液而感染，另外受感染的婦女在懷孕、分娩過程或哺乳期間也可能將病毒傳染給嬰兒。
2. 愛滋病毒於一般的社交接觸下，如握手、接吻或公用洗手間及蚊蟲叮咬並不會互相傳染。
3. 感染愛滋病毒的早期，因體內尚未產生抗體，故檢驗會呈現陰性反應，即所謂的「空窗期」，但此時卻已具有傳染力，仍須注意！空窗期約為 6 至 12 週，服用預防性投藥後，空窗期可能更長(至 6 個月)。

#### ▲ 已告知民眾若重複執行不安全性行為，建議停止預防性用藥，應著重行為層面的介入，且預防性用藥不應重複服用，以免後續產生抗藥性，增加治療愛滋病毒的困難度？

若有重複不安全性行為，建議停止服用 PEP 改用 PrEP，重複使用 PEP，很可能造成愛滋病毒產生抗藥性，未來可能增加治療困難，應要設法改善不安全性行為。

#### ▲ 已告知民眾治療方式、藥物副作用及服藥順從性之重要性，並訂定相關治療計畫？

1. 所謂的暴露愛滋病毒後預防性投藥(post-exposure prophylaxis, PEP)，即對於有潛在愛滋病毒感染風險者提供藥物治療。研究指出，人體藉由血液或體液接觸愛滋病毒後，多數不會立即造成感染，此時提供預防性投藥將有機會可以預防病毒感染。
2. 對於有潛在愛滋病毒暴露風險者，經醫師評估，建議 72 小時內及早給予預防性藥物，並服藥 28 天。而這 28 天都必須持續服藥，不可間斷！若間斷很可能造成藥效不佳而失敗，並可能產生抗藥性。
3. 醫師針對民眾問題，安排治療計畫，且持續追蹤，開立處方天數及追蹤治療方式以每週 1 次為原則。以適切評估服藥順從性與可能產生之不適，並可反覆加強衛教諮詢。定期進行愛滋檢驗，若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗，民眾應於暴露後 6 週、3-4 個月按時檢驗；若使用抗體檢驗，民眾應於暴露後 6 週、3 個月及 6 個月按時檢驗。

---

▲ 針對民眾的危險行為，提供改善技巧，並適時導入降低危險行為諮商。

性行為時必須使用保險套，並使用「水性」潤滑劑，如 K-Y 潤滑劑、杜蕾斯潤滑液、Probe 天然潤滑液、Safeway 數位潤滑液及史通克(Stonker Donker)潤滑凝膠...等。不得使用「油性」潤滑劑，如凡士林、嬰兒油。參加轟趴前，最好先了解轟趴的性質、參加人數及玩樂方式，並且攜帶保險套、結伴同行，彼此照應。參加轟趴時要注意食用藥物別過量，亦別發生不安全性行為。若轟趴中有食用藥物，事後因藥物的副作用問題，應多喝水，注意保暖，多休息幫助排毒。

---

▲ 已告知民眾有可能導致他人感染之風險，如經由性行為傳染給另一半？

雖然目前在服用 PrEP，愛滋病檢測可能呈陰性，可能是空窗期，若體內存有愛滋病毒，很可能透過血液傳染給他人，如性行為傳染給性伴侶、因共用針具傳染給他人、因哺乳、懷孕而傳染給小孩，故仍須多加注意。

---

▲ 民眾若有 HIV 陽性之固定性伴侶，應一併衛教該位性伴侶安全性行為。

若伴侶(愛滋病毒篩檢陽性)尚未服藥，經臨床評估有需要者得建議提早服用 HAART，並衛教及輔導其服藥順從性。若民眾有伴侶(愛滋病毒篩檢陽性)之固定性伴侶，應將該伴侶一起輔導與衛教，發展兩人適宜的預防感染愛滋病毒計畫，如陽性者可提早使用 HAART，每次性行為應戴保險套，以減少感染風險。

---

▲ 提供民眾預防母子垂直感染相關訊息(如病毒可能經由哺乳或懷孕傳染給小孩)？

母子垂直感染包括懷孕時期(子宮內)、分娩過程以及產後餵哺母乳所造成的感染。透過篩檢，如發現孕婦感染愛滋，目前已有有效的方法(懷孕期間服用預防性抗反轉錄病毒藥物、剖腹產和使用母乳替代品哺餵)，阻斷愛滋病毒傳染給小孩。

---

▲ 對於使用成癮藥物民眾是否提供該類藥物使用、不安全性行為及感染疾病的相關衛教？

性行為時應避免使用成癮藥物。因一時的快樂使用成癮藥物，可能造成長期的身體的負擔與傷害，更可能在意識不清楚的情況下無法使用保險套，而增加感染愛滋病毒的風險。

常見毒品介紹：

1. 海洛因：為中樞神經抑制劑。可由注射、煙抽或鼻吸的方式來服用。剛開始服用時，會產生興奮感，讓人變得活潑外向、很健談，而且可能會有很強的性能



力，但不持久，過量使用可能致死；具強成癮性。長期使用可能會感染傳染病、免疫系統減弱、昏迷、呼吸疾病、肌肉軟弱、局部癱瘓、性功能障礙和男人長期性無能、無法達到性高潮(不論男女)、喪失記憶和神智不清、食慾不振及失眠...等。

2. 安非他命：為中樞神經興奮劑。初用時感到欣快感，多次使用易成癮。長期使用會容易造成妄想型精神分裂症，如出現妄想、視幻覺、觸幻覺、強迫、重複性的行為及睡眠障礙，亦會出現自殘、暴力攻擊行為。
3. K 他命：為中樞神經抑制劑。吸食者通常會體會到光的感覺，身體扭曲、喪失時間感，產生渾渾噩噩、做夢的狀態。高劑量 K 他命則會產生與現實分離的身心幻覺，身體與知覺發生解離現象；長期使用會對腦部造成永久性傷害，如記憶力受損及智力衰退，亦可能造成膀胱壁纖維化，使膀胱萎縮、頻尿，嚴重需切除。
4. 大麻：俗名草、飯、麻仔、老鼠尾。口服、較常見的型態為將大麻葉乾燥後，混雜煙草捲成香煙吸食。吸食後會產生心跳加快、妄想、幻覺、口乾、眼睛發紅等現象。長期使用會造成記憶、學習及認知能力減退、體重增加、免疫力降低、不孕症、精子減少、精子活動減退及對周遭事務漠不關心之「動機缺乏症候群」。一旦產生依賴性，突然停用會產生厭食、焦慮、不安、躁動、憂鬱、睡眠障礙等戒斷症狀。
5. 快樂丸(搖頭丸)：為中樞神經興奮劑。服用後人有快樂的、親密的與別人非常親密的感覺；產生幻覺，進而使人多話而不知停止。對身體的傷害為可能出現突發性惡性高血壓、急性或慢性妄想型精神病、記憶力衰退、大腦不可逆傷害，甚至是死亡。
6. FM2：為中樞神經鎮靜劑、強力的安眠藥。過量會引起嗜睡、注意力無法集中、神智恍惚及昏迷現象，亦造成反射能力下降、運動失調、頭痛、噁心、焦躁不安、性能力降低...等等。急性中毒者會因中樞神經極度抑制而產生呼吸抑制、血壓驟降、脈搏減緩、意識不清及肝腎受損，甚至昏迷而死。
7. Rush：屬短效血管鬆弛劑及平滑肌放鬆劑。開蓋後用鼻子吸入其氣體，身體肌肉因而放鬆，當 0 號被進入時，比較不會疼痛。吸入 Rush 會有昏眩感，但持續時間只有短暫的幾分鐘而已。因血管快速擴張引起面與頸部潮紅、頭痛、衰弱、暈眩有時會出現意識混亂。低血壓的發生會導致反射性心跳過快而引起心悸現象，其他還有呼吸抑制、嘔吐、噁心、心血管衰竭等副作用，大劑量會造成致命性之變性血紅素貧血症。

成癮藥物的使用提高了愛滋病毒感染的機率，如在性愛過程中，使用酒精或成癮藥物，會增加使用者進行不安全性行為的機率，也許在過程中會感到更多樂趣，但在當下也較不可能注意安全性行為，提高感染愛滋或其他性傳染疾病的風險。

如果一個人經常性的使用成癮藥物，一般而言也不會細心照顧自己的健康

狀況；充足的睡眠以及正常飲食能夠幫助維持健康，使用藥物則可能會讓人熬夜並且降低食慾，使用者的身體以及免疫系統會變得虛弱，且更容易感受到抗愛滋藥物所造成的副作用，或增加伺機性感染發生的風險。

另一個嚴重的後果是經常性的使用成癮藥物，可能會錯過或忘記服用抗愛滋藥物的時間，造成愛滋病毒開始突變，產生抗藥性。愛滋感染者使用成癮藥物的另一個主要風險，是與抗愛滋藥物產生交互作用，最不好的狀況是不足量的抗愛滋藥物完全沒有發揮效用，同時，可能會造成嚴重或致命的成癮藥物過量。

---

**▲若民眾使用成癮藥物，應轉介醫院精神科進行藥癮治療。**

民眾若於發生性行為時，使用成癮藥物，很可能無法保持意識使用保險套，故若發現民眾有使用該類藥品，經評估若有需要應轉介醫院精神科，輔導並解決民眾藥物成癮問題。

---

**▲已提供民眾減害計畫相關訊息（包括清潔針具計畫及替代療法服務方案）？**

若民眾有藥癮行為時，應衛教民眾使用成癮藥物對身體的危害，並告知不可共用針具，並提供清潔針具的據點。若為海洛因使用者，則應轉介美沙冬門診。相關減害計畫資訊，可至疾病管制署網站中查詢(專業版>傳染病介紹>第三類法定傳染病>人類免疫缺乏病毒感染>篩檢&防治政策>藥癮愛滋減害計畫)。

---

**▲已提供個案「藥癮治療費用補助方案」相關訊息？**

若個案使用鴉片類藥物(如：海洛因等)或非鴉片類藥物(如：大麻、安非他命/甲基安非他命，以及各種新興成癮藥物等)時，應衛教使用成癮藥物對身體的危害，並提供「藥癮治療費用補助方案」相關訊息及執行機構名單。前述計畫資訊可至衛生福利部心理健康司網站查詢(首頁>成癮治療>藥癮業務>藥癮戒治)。

---

**▲預防性投藥為處方用藥，不得隨意將自己的藥提供給他人服用，以免產生抗藥性及違反藥事法？**

暴露愛滋病毒前預防性用藥為醫師處方藥品，須由醫師開立處方，並遵醫囑服藥。切勿將自己的藥提供給他人使用，或轉賣給他人。未經過醫師評估就服用暴露愛滋病毒前預防性藥物，可能會產生愛滋病毒抗藥性，若真的感染愛滋病毒，會增加治療的困難度。

另外若將疾病管制署補助之公費藥物轉賣，恐違反藥事法第28條「西藥販賣業者之藥品及其買賣，應由專任藥師駐店管理」及第55條「經核准製造或輸入之藥物樣品或贈品，不得出售」，最高可處新臺幣500萬罰鍰。

---

113年愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫  
HIV檢體保存單

送出日期：\_\_\_\_\_

採檢(檢驗)單位及部門：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

初篩陽性檢驗方法：EIA(Ag/Ab Ab only) PA

CDC編號 (請勿填寫)	檢體序號 (送驗單位填寫)	個案姓名	身分證號碼	出生年月日 (西元年)	採檢日期 (西元年)	抗體確認 檢驗結果	核酸檢測 檢驗結果	備註: 抗體確認檢驗方法
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗
						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 西方墨點法 <input type="checkbox"/> 抗體免疫層析檢驗

備註：如為HIV確診個案之初篩陽性檢體保存等相關事宜，請提供個案初篩陽性或確診通報時(未服藥狀態)之剩餘檢體。

**113年愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥(PrEP)計畫  
適用性評估HIV檢驗陰性之檢體保存單**

送出日期：\_\_\_\_\_

採檢(檢驗)單位及部門：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

轄區主管衛生單位：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

初篩檢驗方法：EIA(Ag/Ab Ab only) PA

CDC編號 (請勿填寫)	檢體序號 (送驗單位填寫)	個案姓名	身分證號碼	出生年月日 (西元年)	採檢日期 (西元年)	備註

# 「Mpox 疫苗 JYNNEOS®」接種同意書

附件13

1. 接種者基本資料：

- (1)姓名：\_\_\_\_\_； (2)生理性別：男、女  
 (3)身分證/居留證/護照號碼：\_\_\_\_\_  
 (4)生日：民國\_\_年\_\_月\_\_日；(5)聯絡電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 (6)居住地址：\_\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_  
 (7)是否曾接種 Mpox 疫苗？  
否；是，接種日期\_\_\_\_\_；不確定

2. 請接種者詳閱 Mpox 疫苗接種須知，並確認與勾選：

評估內容	否	是	不清楚
1. 目前是否有 Mpox 疑似症狀?			
2. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史?			
3. 是否對疫苗的其他成分過敏?			
4. 是否免疫功能低下或接受會造成免疫低下之治療?			
5. 目前是否懷孕或哺乳?			
6. 體溫：_____°C			

我已瞭解此項疫苗之保護效果、副作用、禁忌、接種程序及接種後注意事項，並決定：

同意接種；

第1劑

第2劑，第1劑接種日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

不同意接種

接種者簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

填寫完成後，請交給醫師進行接種評估診察

※ 醫師評估方框，請由醫師填寫：

暴露前預防接種(PrEP)

暴露後預防接種(PEP)

疫苗	劑量	可否接種		醫師簽章	其他批註
		可	否		
Mpox 疫苗 JYNNEOS®	0.5ml/ 皮下注射	可	否		
	0.1ml/ 皮內注射	可	否		

接種醫療機構：\_\_\_\_\_

機構十碼章代碼：\_\_\_\_\_

Mpox 疫苗社區外展接種站申請表

場次	辦理日期 (年/月/日)	辦理時間 (至少4小時)	場域 類別	接種地 點	服務對象	目標 接種人 數	預計使 用疫苗 瓶數	執行單位	執行單位 聯絡窗口		
									姓名	電話	Email
範例	112/5/20	下午 2:00-6:00	三溫暖	OO 三溫 暖	近6個月內有 高風險性行 為者	50人		OO 醫院			
1											

表格不敷使用，請自行增列。

衛生局聯絡窗口：單位名稱 \_\_\_\_\_ 姓名 \_\_\_\_\_ 職稱 \_\_\_\_\_ 連絡電話 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

<b>縣市衛生局</b>
核章欄： 承辦人 _____ 單位主管 _____ 日期：_____年_____月_____日

註：

1. Mpox 疫苗社區外展接種站設置地點須為優先接種族群經常活動或發生性行為之場域或營業場所，優先接種族群包括：多重性伴侶、性交易服務者、於營業場所發生性行為者、性病患者等。未經事先審核同意者，無法給付設站補助費用。
2. 請縣市衛生局於所轄各單位(包括合作醫療院所與衛生所)辦理社區外展接種服務1週前，填報本表送所轄區管中心審核同意後，始可辦理。

## 轉介藥癮戒治情況表

附件15

執行機構：\_\_\_\_\_

填報日期：113年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

轉介民眾之 身分證字號	民眾使用 成癮物質種類	轉介藥癮戒治 機構名稱	初次至藥癮 戒治機構 就醫日期	民眾是否取 得經濟補助	成功轉介 藥癮戒治費
A123456789	安非他命	臺北市立聯合 醫院昆明院區	113/5/1	是	5,000元

(請自行增加列數)

## 藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 轉銜表

執行機構：\_\_\_\_\_

填報日期：113年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

轉銜民眾之 身分證字號	民眾使用 成癮物質種類	最近1次藥癮 戒治就醫日期	最近1次藥癮 戒治就醫之 機構名稱	轉銜醫師	藥癮戒治者成 功轉銜加入 PrEP 費用
A123456789	安非他命	113/1/1	臺北市立聯 合醫院昆明 院區	李 XX	5,000元

(請自行增加列數)



經濟或社會弱勢族群<sup>註1</sup>補助項目

項次	服務項目/療程	開立藥物時程												
		適用性評估	第1個月	第2個月	第3個月	第4個月	第5個月	第6個月	第7個月	第8個月	第9個月	第10個月	第11個月	第12個月
1	掛號費	150	(150)	(150)	150	(150)	(150)	150	(150)	(150)	150	(150)	(150)	150
2	診察費	250	(250)	(250)	250	(250)	(250)	250	(250)	(250)	250	(250)	(250)	250
3	梅毒螺旋體血液凝集檢查 <sup>註2</sup>	300			300			300			300			300
4	腎功能(eCrCl)檢查	40						40						40
5	B型肝炎表面抗原 HBsAg (EIA/LIA)	160												160
6	血清麩胺酸苯酮轉氨基酶(S-GOT)檢查	50												50
7	血清麩胺酸丙酮轉氨基酶(S-GPT)檢查	50												50
8	女性懷孕檢查 <sup>註3</sup>	100			100			100			100			100
9	男性自費藥物補助				3,450			3,450			3,450			3,450

註1：符合下列任一項資格者，即可認定為經濟或社會弱勢：

- (1) 低收入戶：檢附戶籍所在地鄉鎮區公所以上機關核發之低收入戶證明文件正本及「戶籍謄本」。
- (2) 中低收入戶：檢附戶籍所在地鄉鎮區公所以上機關核發之中低收入戶證明文件正本及「戶籍謄本」。
- (3) 領有身心障礙手冊。
- (4) 清寒證明者：檢附鄉鎮區公所以上機關開具清寒證明。
- (5) 育有未成年子女3人以上者：檢附「戶籍謄本」。
- (6) 留置教養機構或寄養家庭者。
- (7) 受家庭暴力或性侵害之受害者。
- (8) 大學(專)以下在學學生。
- (9) 感染者之女性配偶/伴侶、女性年輕族群、跨性別女性。

註2：加入本計畫之民眾，於適用性評估及相關規定時程皆須接受愛滋病毒篩檢及梅毒檢查。

註3：民眾若為感染者之女性配偶/伴侶或女性年輕族群，須於適用性評估及相關規定時程時皆須接受懷孕檢查。

註4：本表僅為各項目由本署1年至多補助次數，實際補助則以補助對象就醫情況覈實支付。

註5：本經費係參考衛福部醫療服務費用支付規範及健保給付費用標準，由各執行機構依實際金額自行填報。

# 公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表(範本)

## 【A.事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2)		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員：_____ 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
關係人 (屬自然人者)：姓名_____		
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：		
名稱_____ 統一編號_____ 代表人或管理人姓名_____		
<b>關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係</b>		
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬	
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫abc欄位)	a.請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b.請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____
		c.請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

- 1.請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
- 2.補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
- 3.表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
- 4.有其他記載事項請填於備註。
- 5.請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※**相關法條：**

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
  - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
  - 三、政務人員。
  - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
  - 五、各級民意機關之民意代表。
  - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
  - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
  - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
  - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
  - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
  - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
  - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
  - 二、公職人員之二親等以內親屬。
  - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
  - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
  - 五、經公職人員進用之機要人員。
  - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
  - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
  - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
  - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥  
(PrEP)計畫」補助案計畫書

院長簽章：

計畫年度：113年

執行機構名稱(請書寫全銜)：

醫事機構代碼：

機構統一編號：

機構負責人：

執行機構地址：

主持人簽章：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

電子郵件信箱：

傳真：

中華民國

年

月

日

# 目錄

封面 .....	( )
目錄 .....	( )
壹、綜合資料 .....	( )
貳、計畫內容 .....	( )
一、計畫緣起 .....	( )
二、計畫目的 .....	( )
三、實施方法及進行步驟 .....	( )
四、預期成果 .....	( )
五、預定進度 .....	( )
六、機構內參與計畫之人員配置 .....	( )
七、PrEP 服務情形 .....	( )
八、Mpox 疫苗接種服務情形 .....	( )
九、經費需求表 .....	( )
共 ( ) 頁	

壹、綜合資料

執行機構							
執行機構 統一編號					醫事機構 代碼 (10位數字)		
執行期限	本年度計畫：補助計畫核定日至113年12月31日止						
申請金額	新臺幣 <u>元整</u> (請以中文大寫金額)						
機構負責人				電話			傳真
E-mail							
連絡地址							
計畫連絡人			職稱			電話	傳真
E-mail							
連絡地址							

貳、計畫內容

- 一、計畫緣起：請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：(1)政策或法令依據，(2)問題狀況或發展需求，(3)國內外相關研究之文獻探討，(4)本計畫與醫療保健之相關性等。
- 二、計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成目標及所要完成的工作項目，應避免空泛之敘述。
- 三、實施方法及進行步驟：請詳細說明如何提供 PrEP 整合性醫療服務、Mpox 疫苗接種醫療服務(無提供本項服務者，不用填寫)，並明訂機構內推動本計畫之作業流程(含機構內參與單位與人員)，因地制宜規劃本計畫之模式(包含衛教、諮詢、檢驗、心理健康/成癮藥物評估、醫療服務、轉銜藥癮戒癮與身心科門診/機構等)，並說明如何整合機構內、外資源，以協助民眾改變其風險行為，回歸社會與正常生活之機會。
- 四、預期成果：實施本計畫後，預期達成之效益與影響，包括：預估服用 PrEP 目標人數、轉介藥癮介癮或身心科人數、協助回歸社會與正常生活情形，以及 Mpox 疫苗接種預期達到之成果(無提供本項服務者，不用填寫)等。

五、預定進度、113年度預定進度：以 Gantt Chart 表示各年度別之執行進度。

工作項目	月份												備註	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		

(如篇幅不足，請自行複製)

六、機構內參與計畫之人員配置：召集人應為申請機構之專任人員，該小組成員應含院內管理階層、臨床單位醫護主管、支援部門及感管部門等相關單位人員。(類別欄請分別填寫召集人及組員職稱，如未確定人選，其姓名欄可填寫待聘。)

類別	姓名	任職單位	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍

(如篇幅不足，請自行複製)



## 七、PrEP 服務情形

請提供醫師的門診服務時間：(若不敷填寫，請自行增列)

1. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

2. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

3. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

4. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

5. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

八、Mpox 疫苗接種服務情形（無提供本項服務者，則不用填寫）

請提供 Mpox 疫苗接種服務的門診服務時間：（若不敷填寫，請自行增列）

1. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

2. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

3. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

4. 醫師：\_\_\_\_\_；門診時間：\_\_\_\_\_

九、經費需求表

服務項目	費用項目	金額	估算說明
PrEP 服務	(一)個案追蹤輔導費		500元×___人=_____元，覈實支付，至多12萬元。
	(二)定額補助費用		1. 感染者女性配偶/伴侶及年輕族群共計__位，預計12次(月)就醫領藥，可領取補助：__人×14,000元×12次= <u>A元</u> 。 2. 感染者男性配偶/伴侶及年輕族群共計__位，預計就醫領藥第1-3次(每季)，可領取補助：__人×10,000元×3次= <u>B元</u> 。 3. 感染者男性配偶/伴侶及年輕族群共計___位，預計就醫領藥第4次，可領取補助：__人×14,000元×1次= <u>C元</u> 。 <b>總計：<u>A+B+C元</u></b> (各類預計收案人數請於計畫書中詳述)
	(三)民眾穩定回診服藥酬賞金		1,600元×___人=_____元，覈實支付。
	(四)配偶諮詢輔導加入費		4,000元×___人=_____元，覈實支付。
	(五)轉介藥癮戒治費		5,000元×___人=_____元，覈實支付。
	(六)藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP		5,000元×___人=_____元，覈實支付。
	(七)經濟或社會弱勢族群補助費		1. 預估服務經衛生局認定為經濟或社會弱勢之感染者配偶/伴侶與年輕族群___人。 2. 預計自113年1月至12月，每人就醫12次所需醫療費用7,840元，除補助部分藥物費用外，另全額補助其加入計畫期間之掛號費、診察費及自費檢驗項目等。 3. 總計補助費= <u>7,840元</u> ×__人=元，覈實支付。
Mpox 疫苗接種服務(無提供本項服務者，不用填寫本項經費)	(一)疫苗接種完成率達成之補助費		疫苗接種完成率達成之補助費:預估疫苗接種完成率为__%，補助__萬元
	(二)門診補助、假日或夜間門診加成補助費		預估最高一週預約掛號容額服務人次達___人，並開設假日或夜間門診__診次，共補助__萬元
	(三)辦理社區外展接種站		預計辦理__場次，每場次約___人，補助___元
	(四)發放愛滋自我篩檢試劑		預估可發送__支愛滋自我篩檢試劑，補助___元
<b>113年補助費</b>		<b>元</b>	

**「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」衛生局初審意見表**

<b>一、機構基本資料</b>	
機構名稱：	_____
連絡人：	_____
連絡電話：	_____
E-mail：	_____
<b>二、審查情形</b>	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.是否為經核備同意可執行 PrEP 之醫事機構
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.執行愛滋病毒預防性投藥服務需符合下列條件，若為新申請之執行機構請檢核項目(1)，若為繼續辦理之執行機構請檢核項目(2)： (1)辦理預防性投藥服務前： 醫師及相關服務人員（如護理人員）應先接受本署認可之專業學術團體或本署辦理之愛滋病毒預防性投藥相關繼續教育訓練達 2 小時以上，並取得證明文件。 (2)辦理預防性投藥服務期間： 醫師及相關服務人員，每年需接受本署認可之專業學術團體辦理之愛滋相關繼續教育訓練(含愛滋防治、治療及預防藥品相關)達 4 小時(學分)以上，並取得證明文件。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3.檢附書面資料：
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3-1.申請書資料完整與正確
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3-2.計畫書申請機構的基本資料完整且正確
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3-3.檢附其它相關文件：(請填寫)_____
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4.計畫目標、實施內容與方式符合疾管署公告之「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」需求：
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-1.預估服務 PrEP 目標人數：_____人
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-2.制訂 SOP(含轉銜及轉介情形)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-3.提供 PrEP 服務醫師名單及門診時間；藥癮戒治機構應含藥癮戒治相關科別之醫師名單及門診時間
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-4.規劃執行計畫模式(含衛教諮詢、檢驗、成癮藥物/心理健康評估、給藥、轉銜藥癮戒癮/身心科/精神科門診或機構、介入措施等)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-5.愛滋初步檢驗使用抗原/抗體複合型試劑
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-6.整合機構內、外資源，以協助個案回歸社會與正常生活
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4-7.經費編制正確與合理

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>5.提供 Mpox 疫苗接種醫療服務(院所無提供本項服務者，無須審查)</p> <p>5-1.具-20±5°C 或2-8°C 疫苗儲存設備，並可執行皮內及皮下注射技術之專業人員等條件</p> <p>5-2.已與地方衛生主管機關簽訂疫苗接種合約</p> <p>5-3.完成疫苗接種前置作業，含教育訓練、疫苗冷運冷藏管理、接種動線與空間規劃、提供民眾疫苗接種相關文件等</p> <p>5-4.經費編制正確與合理</p>	
<p>綜合意見：<input type="checkbox"/>初審通過 <input type="checkbox"/>初審未通過</p>		
<p>承辦人：</p>	<p>科長：</p>	<p>局長：</p>

## 醫療院所申請計畫書審查綱要暨作業原則

### 壹、計畫審查目的

衛生福利部疾病管制署(以下稱本署)公告「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」，為確保申請計畫書填寫之完整性及計畫書內容之適當性，訂定本申請計畫書審查綱要暨作業原則，經申專家進行審查後，依據審查結果篩選參與之醫療院所，並簽訂計畫契約書據以執行。

### 貳、計畫審查對象

依據本署公告「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」，於本計畫申請期限內提出計畫書之醫療院所。

### 參、計畫審查重點

#### 一、專業審查：

主要審查計畫書內容是否符合本計畫之推動目的，以及醫療院所提出之執行方式完整度與適當性，並邀請專家學者進行審查。

#### 二、審查結果：

(一) 專業審查內容、審查表格式如附表。

(二) 將依審查委員評分之成績結果，總分未達75分之醫療院所，將不予補助。

### 肆、計畫審查結果回饋

計畫審查完成後，將依審查結果通知通過審查之醫療院所，進行後續簽約與補助費用撥付相關作業。

**附表、「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」審查表**

醫療院所名稱：

計畫書項目	計畫書內容填寫完整性/內容	配分
一、計畫目的(20%)	(一)申請執行機構的綜合資料是否填寫完整	20
	(二)敘明完整工作項目及本計畫所要達成之目標	
二、計畫執行方式(40%)	(一)機構內推動本計畫之作業流程與因地制宜規劃本計畫之模式(包含衛教、諮詢、檢驗、心理健康/成癮藥物評估、醫療服務、轉銜藥癮戒癮與身心科門診/機構等)是否完整	40
	(二)參與單位規劃是否適切可行(含跨科單位之單位別、參與期程、介入措施等)	
	(三)預計推廣本計畫方式，含各工作重點執行方式是否有利於計畫執行及是否具體述明未來如何進行計畫之推動作業、執行期程	
	(四)同時具有藥癮戒治機構之執行單位，是否規劃院內藥癮戒治相關科別之合作機制	
	(五)有提供 Mpox 疫苗接種服務之執行機構，規劃 Mpox 疫苗接種之執行方式是否完整且適切可行(針對無提供本項服務之執行機構，不用審查本項內容)	
三、團隊組織與執行能力與經費編列合理性(30%)	(一)計畫團隊成員人力規劃配置與執行能力	30
	(二)預估收案人數及經費預估表的正確性及合理性	
四、預期效益與其它機關或單位配合狀況(10%)	(一)預期效益是否有符合計畫書內容	10
	(二)是否有整合機構內、外資源，提供 PrEP 整合性及 Mpox 疫苗接種醫療服務	
成績小計		100

\*平均未達75分者，不得予以補(捐)助

審查人簽名\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_

**113年非愛滋指定醫事機構  
愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫  
契約書**

衛生福利部疾病管制署(以下簡稱甲方)為補(捐)助「\_\_\_\_\_」(以下簡稱乙方)辦理「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋前預防性投藥(PrEP)計畫」(以下簡稱本計畫)，經雙方協議，訂定條款如下：

- 一、本計畫內容：詳如計畫書。
- 二、本計畫執行期間：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。
- 三、本計畫經費：合計新臺幣(以下同) \_\_\_\_\_ 元，其詳細用途依照甲、乙雙方之計畫書。
- 四、計畫補助費用之申請及撥付：計畫補助費用於簽約完成後，由甲方依下列規定，將補助款撥付乙方。惟甲方 113 年預算如遭凍結、刪減或刪除，不能如期動支，得延後辦理支付或調整變更經費或終止契約。
  - (一) 第 1 期款：於合約簽訂後撥付，甲方撥付初核經費\_\_\_\_\_元，項目包括：
    1. 個案追蹤輔導費、民眾穩定回診服藥酬賞金：依初核金額全額撥付，年底依實際執行狀況，覈實支付。
    2. 定額補助費用、轉介藥癮戒治費、經濟或社會弱勢族群補助費、配偶諮詢輔導加入費、藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費用：撥付初核費用之 70%，年底依實際執行狀況，覈實支付。
  - (二) 第 2 期款：於 113 年 12 月 15 日前，函送領據及相關文件，依實際執行狀況，核實撥付尚未撥付之經費(含 Mpox 疫苗接種服務之補助費)；若因執行不如預期，致第一期款項溢付，亦應於年底前繳回。
  - (三) 本計畫經費之核銷，應依「衛生福利部疾病管制署補(捐)助款項會計處理作業要點」之規定辦理；其他未規定者，依政府相關法令辦理。
- 五、計畫補助費用之動支及核銷：
  - (一) 乙方應將計畫經費單獨設帳處理，依甲方核定之預算項目核實動支，並以用於與本計畫內容直接有關者為限，不得移作別用。乙方之費用開支不符合規定或不符合計畫目的者，甲方應予減列。
  - (二) 如因實際需要必需變更經費時，在計畫內容不變下，各項目間之流用，由受補(捐)助單位首長核定辦理，惟本署核定計畫所列不得支用之項目不能流入；超過此變更經費項目時，得提出經費變更申請，徵得甲方書面同意後，在計畫總經費內調節支應如違反前述之規定者，其流用金額，應予減列。計畫經費變更以一次為原則，乙方應於計畫執行期限屆滿前



一個月內函報甲方申請經費變更，若因應甲方政策或經費調整者，不在此限。

(三)乙方應於各年度計畫執行結束時，函送收支明細表正本、經費申請表、用藥情形概況表、期末報告各 2 份及報告內容之電腦文書檔，送交甲方審查。

(四)如有結餘款及受補(捐)助款項產生之利息或其他衍生收入，如逾期違約之罰款或沒入之履約保證金等，應於收支明細表中敘明，並於結報時一併繳還甲方。

(五)其他有關作業，應依「衛生福利部疾病管制署補(捐)助款項會計處理作業要點」及「政府採購法」辦理。

六、乙方須依規定時程輔導補助對象填寫「行為調查評估單」，並亦須依規定時程至系統填報相關紀錄單，或依甲方規範抽取服藥者之血液檢體送指定單位評估血中藥物濃度及服藥順從性。若乙方未依規定時程填報紀錄單或依規定檢送血液檢體，甲方得視情形取消補助對象之補助資格，且不得再加入本計畫。

七、計畫之變更：計畫於執行期間因故變更工作項目、主持人、執行機構等；或甲方再分配補助對象之名額時，由乙方以正式公文檢送變更計畫書 2 份申請變更。

八、計畫執行情形管制：計畫執行中，甲方得隨時派員至乙方瞭解計畫執行情形、藥品進貨狀況、要求乙方計畫主持人向甲方簡報。

九、乙方不得為甲方及第三人執行重複之計畫，若違反約定，除應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於 3 年內不得再接受甲方之委託。

十、成果報告：

(一)乙方應於 113 年 12 月 15 日前，將當年度期末報告 2 份及報告內容之電腦文書檔，以正式公文函送甲方辦理結案手續(以機關收文日為憑)，並按甲方規定格式，繳交補助對象的篩檢和醫療等相關紀錄，並鍵入甲方指定之系統內。

(二)成果報告內容不得有抄襲、剽竊、或違反著作權法等行為。如違反上述規定，除乙方應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於 3 年內不得再接受甲方之委辦、補助計畫。

(三)乙方如因特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能於本點第一款約定期限內繳交報告，並完成結案手續，應於計畫執行期限屆滿前 1 個月以正式公文敘明理由申請延期繳交；惟仍應於執行期屆滿前繳交初步成果報告 1 份。

(四)成果報告經驗收與契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，將列為次年度甲方相關計畫補助或委辦案之核定審查依據。

- 十一、成果之歸屬：計畫成果之發表需遵守「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」之相關規定。本計畫研發成果歸屬國有，需經甲方同意後始得發表。惟如對媒體發布計畫成果，應事先徵求甲方同意，以避免滋生困擾。
- 十二、乙方同意其所繳交之成果報告，無償由甲方及其附屬機關(構)視需要自行或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮、光碟、數位化等方式予以重製、散佈、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。
- 十三、乙方計畫主持人及參與計畫工作人員，均應嚴守補助契約內容及甲方之業務機密，計畫主持人有告知參與計畫工作人員守密之義務。
- 十四、計畫主持人未依約履行補助契約內容或成果有抄襲、剽竊之事實或侵害第三人之專利、著作等智慧財產權時，乙方與計畫主持人應負損害賠償之責任，計畫主持人並應負其他法律及行政責任。
- 十五、計畫執行中，乙方應善盡維護環境之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。
- 十六、契約之終止：
  - (一)計畫執行中，如發現預期成果無法達成、研究工作不能進行、乙方未能履行上述各項約款之一時，或甲方因年度預算不足時，甲方得隨時通知乙方終止契約。契約終止後，甲方應對已完成合於計畫工作部分，核算應支之費用予以結案，乙方並應將契約終止前所完成之工作成果送交甲方。
  - (二)本契約如因可歸責於乙方之事由而終止時，甲方得視情況向乙方追繳已撥付之款項，並暫停乙方所有委辦、補助計畫申請案。
- 十七、本契約書未約定事項，雙方得以換文方式另行約定，修正時亦同。契約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。本契約所約定事項如遇有訴訟時，雙方同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。
- 十八、本契約書一式2份，分送雙方保存，以資信守。
- 十九、本契約書自中華民國113年1月1日起生效。

立契約書人

甲方：衛生福利部疾病管制署

代表人：莊人祥

乙方：

代表人：

中華民國\_\_年\_\_月\_\_日

衛生福利部疾病管制署

「113年非愛滋指定醫事機構愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投  
藥(PrEP)計畫」

期末成果報告(範例)

年 度：

執行機構：

統一編號：

主持人：(簽名)

聯絡單位：

聯絡人：

聯絡電話

Email：

填報日期：

### 壹、執行 PrEP 服務成果：

一、收案情形				
核定 總收 案人 數		實際 總收 案人 數	補助對象	人數
			感染者之 <u>女性</u> 配偶/伴侶	
			<u>女性</u> 年輕族群	
核定 總收 案人 數		實際 總收 案人 數	感染者之 <u>男性</u> 配偶/伴侶	
			<u>男性</u> 年輕族群	
二、加入 PrEP 計畫前/後在 PrEP 執行機構愛滋檢驗陽性情形				
定期愛滋檢驗情形		項目	PrEP 計畫前 檢驗陽性人數	PrEP 計畫中 陽轉人數
		感染者之 <u>女性</u> 配偶/伴侶		
		<u>女性</u> 年輕族群		
		感染者之 <u>男性</u> 配偶/伴侶		
		<u>男性</u> 年輕族群		
三、退出情形				
加入 PrEP 計畫中之退出 原因	補助對象		人數	退出之原因

### 四、本計畫執行 PrEP 服務成果之討論、結論

### 五、本執行機構之 PrEP 計畫推動之特色、優良事項與困難、檢討建議

貳、提供 Mpox 疫苗預防接種服務(無提供本項服務者，無須填寫)

一、辦理 Mpox 疫苗預防接種門診

最高一週預約掛號容 額可服務人次數	日期 (以連續7日為一週)	開放預約掛號人次
		例如113/1/1-113/1/7

二、開辦 Mpox 疫苗預防接種假日或夜間門診

門診診別	門診日期及時間	合計接種人次數
(例如) <input type="checkbox"/> 假日 <input checked="" type="checkbox"/> 夜診	113/1/7 17:00-21:00	20
<input type="checkbox"/> 假日 <input checked="" type="checkbox"/> 夜診		

(如篇幅不足，請自行複製)

三、辦理 Mpox 疫苗預防接種社區外展接種站

外展服務地點	門診日期及時間	合計接種人次數
(例如)同志三溫暖	113/5/18 17:00-21:00	80

(如篇幅不足，請自行複製)

四、配合 Mpox 疫苗預防接種發放愛滋自我篩檢試劑

愛滋自我篩檢試劑發放數	(例如)50

## 經費申請表

執行機構名稱：

申請日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止

服務項目	單價(元)	人數/次	小計(元)	備註
<b>1.個案追蹤輔導費</b>	<b>500</b>			最高補助 12萬元
<b>2.定額補助費用</b>				
(1).感染者之女性配偶/伴侶、 <u>女性</u> 年輕族群、跨性別女性 每次開藥	<b>14,000</b>			
(2).感染者之 <u>男性</u> 配偶/伴侶、 <u>男性</u> 年輕族群 第1-3次開藥	<b>10,000</b>			
第4次開藥	<b>14,000</b>			
<b>3.民眾穩定回診服藥酬賞金</b>	<b>1,600</b>			執行機構 填寫
<b>4.配偶諮詢輔導加入費</b>	<b>4,000</b>			
<b>4.轉介藥癮戒治費</b>	<b>5,000</b>			
<b>5.藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費用</b>	<b>5,000</b>			
<b>6.經濟或社會弱勢族群補助費</b>				
(1).掛號費	<b>150</b>			
(2).診療費	<b>250</b>			
(3).梅毒螺旋體血液凝集檢查	<b>300</b>			
(4).腎功能(eCrCl)檢查	<b>40</b>			
(5).B 型肝炎表面抗原 HBsAg (EIA/LIA)	<b>160</b>			
(6).血清麩胺酸苯醋轉氨基酶(S-GOT)檢查	<b>50</b>			
(7).血清麩胺酸丙酮轉氨基酶(S-GPT)檢查	<b>50</b>			
(8).女性懷孕檢查	<b>100</b>			
(9).男性自費藥物補助				執行機構 填寫
<b>7.達成 Mpx 疫苗接種完成率之補助費</b>				
<b>8.提供 Mpx 疫苗接種服務之補助費</b> (無提供本項服務者，不用填寫)				由執行機 構依實際 執行情況 填寫
(1)門診補助、假日或夜間門診加成補助費				
(2)社區外展接種站之補助費				
(3)發送愛滋自我篩檢試劑之補助費				
<b>小計(B)</b>				
<b>合計(A+B)</b>				

填表人：

計畫主持人：

會計室：

機關首長：

### 用藥情形概況表

(本表可由 PrEP 系統自動產出)

執行機構名稱：

身分證 字號	第 1 次 就 醫 日	第 2 次 就 醫 日	第 3 次 就 醫 日	第 4 次 就 醫 日	第 5 次 就 醫 日	第 6 次 就 醫 日	第 7 次 就 醫 日	第 8 次 就 醫 日	第 9 次 就 醫 日	第 10 次 就 醫 日	第 11 次 就 醫 日	第 12 次 就 醫 日

說明：

1. 就醫日鍵入格式如民國 113/10/9。
2. 本表若不敷填報，請自行增列。
3. 本表係併同經費申請表一起繳交。



## 收支明細表

## 【範例，一式2份】

執行機構：

補助年度：113年

核撥(結報)	第1次核撥日期	第2次核撥日期	
	----年----月----日	----年----月----日	
	\$           元	\$           元	
		第1次餘(絀)數	第2次餘(絀)數
		\$           元	\$           元
	第1次結報日期	第2次結報日期	
	----年----月----日	----年----月----日	
	\$           元	\$           元	
個案追蹤輔導費			
定額補助費用			
民眾穩定回診服藥酬賞金			
配偶追蹤輔導加入費			
轉介藥癮戒治費			
藥癮戒治者成功轉銜加入 PrEP 費			
經濟或社會弱勢族群補助費			
達成 Mpx 疫苗接種完成率之補助費			
Mpx 疫苗接種服務 (無提供本項服務者，不用填寫)			
門診補助、假日或夜間門診加成補助費			
社區外展接種站之補助費			
發送愛滋自我篩檢試劑之補助費			
合計			
餘(絀)數			
備註	利息收入：\$ ____元、其他衍生收入：\$ ____元，請於結報時併同結餘款解繳本署。		

製表人

覆核會計人員  
(簽約代表人)

單位首長