

**宜蘭縣政府衛生局幽門螺旋桿菌檢查陽性轉介追蹤單**  
**上消化道內視鏡報告(Endoscopic Report)**

姓名： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生年月日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身分證字號： <input type="text"/> <input type="text"/> 糞便幽門螺旋桿菌檢查陽性 / 檢查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	轉診單位： _____ 衛生所： _____ 轉診醫師： _____
---	--

**檢查結果 (Findings)**

檢查日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>食 道</b>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ①食道炎 <input type="checkbox"/> ②胃食道逆流 <input type="checkbox"/> ③瘻肉 <input type="checkbox"/> ④潰瘍 <input type="checkbox"/> ⑤黏膜變性 <input type="checkbox"/> ⑥食道癌 <input type="checkbox"/> ⑦其他 _____ (大小約： _____ cm，中心點約 _____ cm，位置： <input type="checkbox"/> 頸部食道 <input type="checkbox"/> 上 1/3 <input type="checkbox"/> 中 1/3 <input type="checkbox"/> 下 1/3 <input type="checkbox"/> 貴門) 切片病理報告：( _____ 處請填入上列切片來源，以數字表示，例如 ① Inflammation，① 即為食道炎) <input type="checkbox"/> _____ Inflammation <input type="checkbox"/> _____ Ulcer <input type="checkbox"/> _____ SCC <input type="checkbox"/> _____ Adeno Ca <input type="checkbox"/> _____ Barrett's esophagus <input type="checkbox"/> _____ Low grade dysplasia <input type="checkbox"/> _____ Gastric mucosa metaplasia <input type="checkbox"/> _____ 其他 _____								
<b>胃 部</b>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____ <input type="checkbox"/> ①胃炎 <input type="checkbox"/> cardia/fundus <input type="checkbox"/> body <input type="checkbox"/> angularis <input type="checkbox"/> antrum <input type="checkbox"/> pylorus <input type="checkbox"/> ②瘻肉 _____ 顆 <input type="checkbox"/> cardia/fundus <input type="checkbox"/> body <input type="checkbox"/> angularis <input type="checkbox"/> antrum <input type="checkbox"/> pylorus，最大的 _____ cm <input type="checkbox"/> ③潰瘍 _____ 處 <input type="checkbox"/> cardia/fundus <input type="checkbox"/> body <input type="checkbox"/> angularis <input type="checkbox"/> antrum <input type="checkbox"/> pylorus，最大的 _____ x _____ cm <input type="checkbox"/> ④黏膜下腫塊 _____ 處 <input type="checkbox"/> cardia/fundus <input type="checkbox"/> body <input type="checkbox"/> angularis <input type="checkbox"/> antrum <input type="checkbox"/> pylorus，最大的 _____ cm <input type="checkbox"/> ⑤胃癌 _____ x _____ cm <input type="checkbox"/> cardia/fundus <input type="checkbox"/> body <input type="checkbox"/> angularis <input type="checkbox"/> antrum <input type="checkbox"/> pylorus 是否有做切片檢查 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HP status: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 by( <input type="checkbox"/> Histology <input type="checkbox"/> Rapid urease test/CLO test <input type="checkbox"/> Culture/PCR) 切片病理報告：( _____ 處請填入上列切片來源，以數字表示) <input type="checkbox"/> _____ Inflammation <input type="checkbox"/> _____ Ulcer <input type="checkbox"/> _____ intestinal metaplasia <input type="checkbox"/> _____ dysplasia <input type="checkbox"/> _____ Adenocarcinoma ( <input type="checkbox"/> well <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> poor)-differentiated <input type="checkbox"/> _____ Signet-ring cell <input type="checkbox"/> Maltoma (low grade lymphoma) <input type="checkbox"/> _____ 其他 _____								
<b>十 二 指 腸</b>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ①發炎 <input type="checkbox"/> ②瘻肉 <input type="checkbox"/> ③潰瘍 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 十二指腸癌，大小約： _____ x _____ cm 位置： <input type="checkbox"/> Bulb <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> portion <input type="checkbox"/> 其他 _____ 切片病理報告： <input type="checkbox"/> _____ Inflammation <input type="checkbox"/> _____ Ulcer <input type="checkbox"/> _____ Tumor <input type="checkbox"/> _____ 其他 _____								
<b>確 診 後 治 療</b>	<input type="checkbox"/> 服用幽門螺旋桿菌殺菌藥物 <input type="checkbox"/> 服用潰瘍相關藥物 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
幽門螺旋桿菌的殺菌配方 (依照現行健保給付規定，幽門螺旋桿菌之治療療程一律為 2 週 14 天)	1. 您這次幽門螺旋桿菌的殺菌配方為 <input type="checkbox"/> 三合一治療 <input type="checkbox"/> 順序治療 <input type="checkbox"/> 無鈹四合一治療 <input type="checkbox"/> 含鈹四合一治療 <input type="checkbox"/> 高劑量二合一治療 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 2. 您這次殺菌配方 PPI 種類為 <input type="checkbox"/> Esomeprazole 40 mg <input type="checkbox"/> Lansoprazole 30 mg <input type="checkbox"/> Pantoprazole 40 mg <input type="checkbox"/> Rabeprazole 20 mg <input type="checkbox"/> Pantoprazole 30 mg <input type="checkbox"/> Omeprazole 20 mg <input type="checkbox"/> 其他 _____ 3. 您這次殺菌配方 PPI 1 天吃幾顆幾次 <input type="checkbox"/> 1 顆 1 次 <input type="checkbox"/> 1 顆 2 次 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 4. 您這次殺菌配方抗生素/劑量次數/天數 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Clarithromycin</b>  <input type="checkbox"/>500mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>250mg QID <input type="checkbox"/>14 天                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Amoxicillin</b>  <input type="checkbox"/>1000mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>500mg QID <input type="checkbox"/>14 天  <input type="checkbox"/>1000mg QID                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Bismuth</b>  <input type="checkbox"/>648mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>324mg QID <input type="checkbox"/>14 天                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Metronidazole</b>  <input type="checkbox"/>500mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>500mg TID <input type="checkbox"/>14 天  <input type="checkbox"/>250mg QID                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Doxycycline</b>  <input type="checkbox"/>100mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>14 天                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Tetracycline</b>  <input type="checkbox"/>500mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>750mg BID <input type="checkbox"/>14 天  <input type="checkbox"/>500mg TID                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Levofloxacin</b>  <input type="checkbox"/>500mg QID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>500mg BID <input type="checkbox"/>14 天                 </td> <td style="padding: 2px;"> <b>Tinidazole</b>  <input type="checkbox"/>500mg BID <input type="checkbox"/>7 天  <input type="checkbox"/>14 天                 </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 其它 _____	<b>Clarithromycin</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 250mg QID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Amoxicillin</b> <input type="checkbox"/> 1000mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg QID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 1000mg QID	<b>Bismuth</b> <input type="checkbox"/> 648mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 324mg QID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Metronidazole</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg TID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 250mg QID	<b>Doxycycline</b> <input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Tetracycline</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 750mg BID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 500mg TID	<b>Levofloxacin</b> <input type="checkbox"/> 500mg QID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Tinidazole</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 14 天
<b>Clarithromycin</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 250mg QID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Amoxicillin</b> <input type="checkbox"/> 1000mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg QID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 1000mg QID	<b>Bismuth</b> <input type="checkbox"/> 648mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 324mg QID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Metronidazole</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg TID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 250mg QID						
<b>Doxycycline</b> <input type="checkbox"/> 100mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Tetracycline</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 750mg BID <input type="checkbox"/> 14 天 <input type="checkbox"/> 500mg TID	<b>Levofloxacin</b> <input type="checkbox"/> 500mg QID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 14 天	<b>Tinidazole</b> <input type="checkbox"/> 500mg BID <input type="checkbox"/> 7 天 <input type="checkbox"/> 14 天						

診斷醫療院所： \_\_\_\_\_

診斷醫師： \_\_\_\_\_

第一聯存檢查衛生所(白)

第二聯存確診及治療醫院(黃)

第三聯存衛生局(綠)