

【附表十三】

注意事項：本檢查經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。

國民健康署婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表 (限篩檢個案)

個人基本資料 (乳房攝影醫院填寫)									
姓名	身分證統一編號				護照號碼(外籍人士)				
出生日期	_____年_____月_____日； 年齡：_____歲				電話：(____) _____ 手機：_____				
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓								
乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)									
醫院名稱	醫事機構代碼								
攝影日期	_____年_____月_____日								
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0)需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 4)可疑異常需考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Intermediate <input type="checkbox"/> C. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5)高度疑似為惡性腫瘤必須採取適當的措施								
追蹤結果 (以下由乳房攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
乳房攝影檢查結果為(Category 0)之複檢結果(複檢醫院填寫)									
複檢醫院名稱	醫事機構代碼								
複檢日期	_____年_____月_____日								
複檢方式	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影檢查； 該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現-需六個月追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A.Low <input type="checkbox"/> B.Intermediate <input type="checkbox"/> C.Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度疑為惡性腫瘤須採取適當措施。								
乳篩陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)									
確診及治療醫院名稱	醫事機構代碼								
確診日期	_____年_____月_____日				確定診斷 <input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。				
確診方式	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他：_____。							
	臨床診斷	臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現-需六個月追蹤檢查。							
手術	<input type="checkbox"/> 無：_____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 _____年_____月_____日； 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。								
手術後病理結果 (請附術後病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)					分級 (Grade)			
	腫瘤大小 (Size)	_____ × _____ × _____ cm							
	局部淋巴結 (Regional LN)	_____ / _____ (Positive nodes/Total nodes)							
	病理分期 (Pathological Stage)	T: _____ N: _____ M: _____ S: _____							
癌症治療	癌症是否有進行放射線治療或化學治療？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：_____ (縣/市) _____ 衛生所；追蹤人員姓名：_____，追蹤日期：_____年_____月_____日。									

國民健康署婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表 (限篩檢個案)

個人基本資料 (乳房攝影醫院填寫)

姓名	身分證統一編號								
	護照號碼(外籍人士)								
出生日期	____年____月____日；		聯絡資訊		電話：(____) _____				
	年齡：____歲								
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□		縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓						

乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)

醫院名稱			醫事機構代碼								
攝影日期	____年____月____日										
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0)需附加其他影像檢查再評估										
	<input type="checkbox"/> (Category 4)可疑異常需考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Intermediate <input type="checkbox"/> C. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5)高度疑似為惡性腫瘤必須採取適當的措施										

追蹤結果 (以下由乳房攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)

乳房攝影檢查結果為(Category 0)之複檢結果(複檢醫院填寫)

複檢醫院名稱			醫事機構代碼								
複檢日期	____年____月____日										
複檢方式	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。		該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現-需六個月追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A.Low <input type="checkbox"/> B. Intermediate <input type="checkbox"/> C. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度疑為惡性腫瘤須採取適當措施。								

乳篩陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)

確診及治療醫院名稱			醫事機構代碼								
確診日期	____年____月____日		確定診斷		<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。						
確診方式	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他：_____。 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現-需六個月追蹤檢查。										
	<input type="checkbox"/> 無：_____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 ____年____月____日； 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。										
手術後病理結果 (請附術後病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)							分級 (Grade)			
	腫瘤大小 (Size)		____ × ____ × ____ cm								
	局部淋巴結 (Regional LN)		____ / ____ (Positive nodes/Total nodes)								
	病理分期 (Pathological Stage)		T：____ N：____ M：____ S：____								
癌症治療	癌症是否有進行放射線治療或化學治療？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤；
 追蹤單位：____ (縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名：____，追蹤日期：____年____月____日。