

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：約僱人員 蘇如裕
電話：04-22289111#70851
電子信箱：hbtcm00520@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國115年8月19日
發文字號：中市衛疾字第1150098702號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至網址 <https://annexf.hbtc.gov.tw?C=hUhMBf> 下載，公文文號：
141150098702，驗證碼：368JLV (387140000I_1150098702_ATTACH1.pdf、
387140000I_1150098702_ATTACH2.pdf)

主旨：有關「執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥」事宜，
請貴單位轉知所屬人(會)員知悉，請查照。

說明：

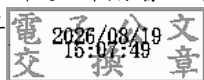
- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年8月11日疾管中區管字第1151700284號書函辦理。
- 二、為保障執業醫事人員及警消人員值勤安全與健康，請貴單位轉知所屬人(會)員，如執行職務發生意外暴露，請於72小時內儘速就醫，若經醫師評估需使用預防性投藥者，請務必遵醫囑完成療程，並按追蹤時程(暴露當時、暴露後4~6週及暴露後12週)完成追蹤檢驗，俟完成暴露後12週追蹤檢驗後，即可備齊相關資料由暴露者之執業單位函文予本局初審。另補助費用申請應自暴露日起至遲6個月內向本局提出，逾期則不予受理。
- 三、請人類免疫缺乏病毒指定醫院，加強診療醫師對於有「執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥」需求之就醫民眾，應即時進行預防性投藥評估及處置，以確保投藥時效

並保障民眾權益。

四、檢送「因執行職務意外暴露愛滋病毒事件之處理流程」及
「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥（oPEP）補助
費用申請注意事項」各1份供參。

正本：臺中市各醫院、臺中市政府警察局、臺中市政府消防局、社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、社團法人臺中市牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會、臺中市中醫醫師公會、臺中市大臺中中醫醫師公會、台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、臺中市各區衛生所

副本：本局疾病管制科



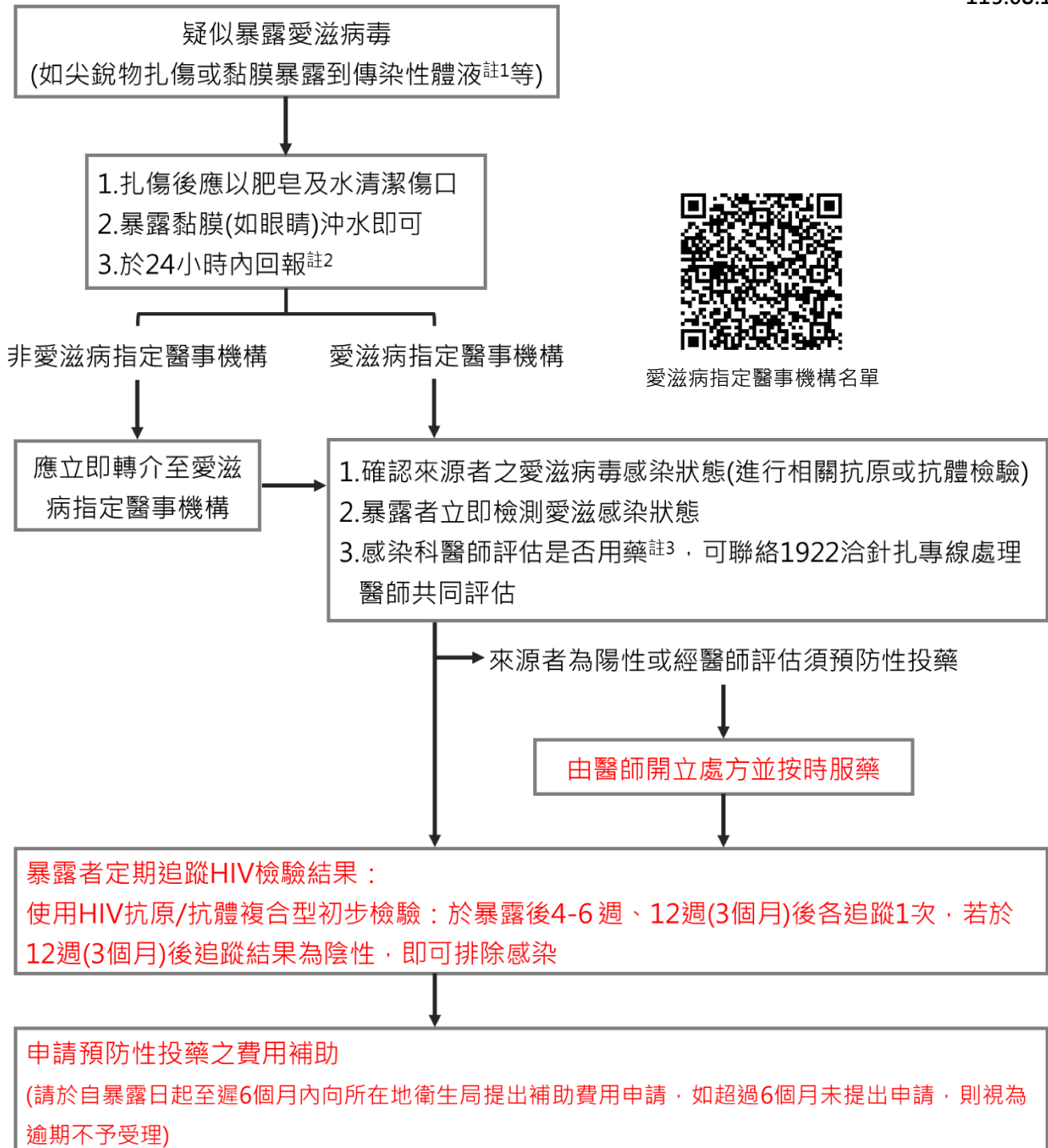
裝

訂

線

因執行職務意外暴露愛滋病毒事件之處理流程

115.08.14 製



註1：傳染性體液之種類，如血液、精液、陰道分泌物、直腸分泌物、乳汁或任何眼見帶有血液的體液

註2：於發生暴露後24小時內向工作單位通報，並於1週內將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」送衛生局備查

註3：預防性投藥要愈早愈好，應立即轉介至愛滋病指定醫事機構，不要超過72小時。若已超過72小時，但經醫師評估仍有預防性投藥之必要，亦可投藥，惟超過7天則無預防效果

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP^{註1})

補助費用申請注意事項

108 年 01 月 31 日制定

110 年 11 月 21 日修訂

114 年 10 月 31 日修訂並自 114 年 12 月 01 日起實施

壹、依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 6 條，疾病管制署(下稱疾管署)為防止相關人員因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒(HIV)之血液或體液，得補助其暴露愛滋病毒後預防性投藥(PEP^{註2})相關費用，特訂定本注意事項。

貳、費用補助對象：

- 一、醫事人員或醫療相關工作人員等因診療、處置或照護 HIV 感染者或因執行業務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染風險者。
- 二、警察、消防及救護技術員等(包含志、義工)因執行職務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染風險者。
- 三、其他因執行職務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染之風險者。

參、oPEP 補助申請資格及程序：

- 一、申請資格：符合費用補助對象，且經醫師評估須進行預防性投藥(PEP)及追蹤檢驗者，由疾管署全額補助 oPEP 之醫療處置費用，包含 HIV 檢驗(請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗)、HIV 預防性投藥、診察費、藥事服務費、掛號費、部分負擔等。

註 1：因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(Occupational post-exposure prophylaxis, oPEP)

註 2：暴露愛滋病毒後預防性投藥(Post-exposure prophylaxis, PEP)

二、 HIV 檢驗注意事項：

(一) HIV 檢驗請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗(HIV Ag/Ab

複合型檢驗)，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)、暴露後 4-6 週及 12 週(3 個月)後，若於 12 週(3 個月)後追蹤結果為陰性，即可排除感染。詳細檢驗流程資訊請參閱疾管署愛滋防治工作手冊第一章：預防策略之第四節圖 1-2 因執行職務意外暴露愛滋病毒事件之處理流程。

(二) 如有未依時程檢驗之個案，請衛生局主動提醒個案儘速完

成追蹤檢驗；若個案因故無法至醫療院所進行最後一次追蹤檢驗，請追蹤個案於暴露 12 週(3 個月)後可改採愛滋自我篩檢(需自費)，並將愛滋自我篩檢結果合併健保卡或身分證/護照同時拍攝之照片提供衛生局公衛人員確認及完成愛滋追管系統登錄。

(三) 若 HIV 初步檢驗陽性需進行確認檢驗，包含抗體免疫層析

確認檢驗(ICT)、分子生物學核酸檢測(NAT)等，費用直接申報健保。

三、 申請程序：

(一) **暴露者之**工作單位應於暴露事件發生後，1 週內將「因執行

職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)送所在地衛生局，

以利提供諮詢及輔導，並由衛生局於收到通報單後 1 週內完成疾管署愛滋追管系統案件登錄作業(包含：個案資料填報及上傳通報單)。

(二) 暴露者依醫囑完成 oPEP 藥物療程及 HIV 追蹤檢驗(請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗)後，暴露者之工作單位(即案件通報單位)應協助儘速檢具下列資料(自暴露日起至遲 6 個月內提出，如超過 6 個月未提出申請，則視為逾期不予受理)，函送所在地衛生局進行預防性投藥之相關醫療處置費用補助初審：

1. 因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(附件一)
2. 申請單位領據(請檢附申請補助當年度之請款收據，附件

二範本供參)

註：若暴露者為疾管署所屬相關人員，則依署內核銷流程辦理(附件三供疾管署人員參考使用)

3. 醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)
4. 費用明細(附件四範本供參)
5. 病歷摘要
6. oPEP 血液追蹤紀錄單(附件五)

7. 申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊(含金融機構名稱、代碼、帳號、戶名)

- (三) 衛生局檢核後請於「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表」(附件六)確認完成勾選及填復後予單位主管核章，前揭相關單據(包含：醫療費用收據正本、病歷摘要等)留存衛生局備查。
- (四) 請衛生局完成案件初審後，將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)、「申請單位領據」、「費用明細」、「oPEP 血液追蹤紀錄單」(附件五)、「申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊」及「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表」(附件六)函送至疾管署所轄各區管制中心進行複審。
- (五) 疾管署所轄各區管制中心於收到衛生局之核銷資料後，請提供「申請單位領據」、「費用明細」、「申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊」及「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表」至疾管署主計室辦理核銷。
- (六) 若暴露者為疾管署所屬相關人員，請發生事件之單位於 1 週內將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)上

傳愛滋追管系統並進行案件登錄作業，補助費用申請流程

由單位檢具相關文件(如第(二)點 1-7 項)進行審核，並將相

關文件提供疾管署主計室辦理核銷。

肆、衛生局接獲通報因執行職務意外暴露愛滋病毒事件後，應提供暴露者及其工作單位諮詢服務(如輔導儘速就醫、向工作單位報告暴露事件、遵醫囑服藥、定期追蹤檢驗 HIV，及自暴露日起至遲 6 個月內提出預防性投藥費用補助申請等)。

伍、倘經檢驗確診為 HIV 感染，醫療院所應依法通報；若是配合主管機關提供感染者服務工作或執行「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」相關工作而感染愛滋病毒者，可依據「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」向服務機關(構)申請補償金。

因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單

填表 單位		填表 日期	年 月 日	編號	
基 個 本 資 料 案	一、姓名：_____身分證字號：_____生理性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他 職稱：_____服務單位/電話：_____/_____ 服務年資：_____出生日期：_____就醫單位：_____ 二、 暴露 來源： ☐ 來源不明 ☐ 其他_____				
發 生 時 間 事 件 類 別	年 月 日 時 分	發 生 地 點	☐ 職場內：_____ ☐ 職場外：_____	暴 露 源 種 類 ☐ 一般注射針器 ☐ 頭皮針 ☐ 縫針、刀片 ☐ 靜脈留置針 ☐ 血糖測試針 ☐ 採血尖銳物 ☐ 外科器械 ☐ 玻璃片 ☐ 血液 ☐ 其他：_____	
當 時 情 況	☐ 針頭回套未對準或戳破 ☐ 清理或清除用物時 ☐ 針頭彎曲或折斷 ☐ 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 ☐ 尖銳針器隱藏其他物品中 ☐ 注射/加藥時 ☐ 病人躁動 ☐ 解開器具配備時/清洗用物時 ☐ 尖銳針器突然掉落 ☐ 暴露病人血液中 ☐ 抽血時 ☐ 手術中 ☐ 其他：_____				
行 政 管 理	☐ 工作人員管理問題 ☐ 環境設備管理問題 ☐ 作業流程設計問題 ☐ 其他，說明：_____				
發 生 原 因	☐ 環境傷害因素 ☐ 設施/設備因素 ☐ 人為疏失 ☐ 技術不良 ☐ 其他因素：_____				
發 生 經 過 處 理 過 程	※描述事發經過： 扎傷部位及深度(敘述)： 扎傷物品已污染： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 未知 扎傷次數： ☐ 首次 ☐ 曾扎傷過，第_____次 工作中戴手套： ☐ 是 ☐ 否 感染源是否為 HIV 高危險群： ☐ 是(請留下 ID：_____) ☐ 否 ☐ 未知 立即通知： ☐ 直屬主管_____ ☐ 其他相關科室_____ 立即處理： ☐ 扎傷處緊急處理 ☐ 流動的水沖洗 ☐ 消毒 ☐ 包紮 ☐ 暴露黏膜大量沖水 ☐ 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液 後續處理： ☐ 於醫院_____科掛號看診；是否進行暴露愛滋病毒後預防性投藥： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 通報勞安室 ☐ 其它：_____ 證 明 人： ☐ 直屬主管_____ ☐ 其他人員_____				

註 1：請於發生暴露後 24 小時內向工作單位報告，以利儘快預防性投藥，並於 1 週內將本通報單送所在地衛生局備查，以利提供諮詢與輔導。

註 2：請於自暴露日起至遲 6 個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過 6 個月未提出申請，則視為逾期不予受理。

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用領據

茲 向

衛生福利部疾病管制署(領)到

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)

補助費用

新台幣 萬 仟 佰 拾 元整

此 據

單位：

具領人職別：

姓名：

身分證統一編號：

地址：

蓋章：(大小章)

中華民國

年

月

日

註：請於自暴露日起至遲6個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過6個月未提出申請，則視為逾期不予受理。

限疾管署人員參考使用，
請依疾管署核銷流程辦理

衛生福利部疾病管制署
支出憑證黏存單

所屬年度：

傳票（付款憑單）編號：						黏貼單據 張		
第 號	工作（或業務）計劃：					用途別		
	金 額					用途摘要		
	十	萬	千	百	十			元

經辦單位	驗收或證明	主計室	機關長官

衛生福利部疾病管制署

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用申請表

申請人		職稱		出生年月日	
申請日期		檢查日期		檢查醫院	
補助金額	新台幣 元整			具領人蓋章	
憑證黏貼處					

費用明細

就診日期	收費項目	自費金額(元)	申請補助金額(元)
	掛號費		
	藥品費		
	藥事服務費		
	檢驗費		
	...		
	...		
	...		
	...		
	...		
	...		
總計申請補助金額(元)			

oPEP 血液追蹤紀錄單

暴露者姓名				暴露事件發生日	
檢驗報告	感染源	暴露者			備 註
		暴露當時	暴露後4-6週	暴露後12週(3個月)	
HIV					請使用HIV抗原/抗體複合型檢驗，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)，暴露後4-6週及12週(3個月)，若12週(3個月)後追蹤結果為陰性，即可排除感染
HBsAg					若暴露當時基礎值檢驗無異常或無特殊臨床狀況，則不須進行後續4-6週及12週(3個月)追蹤檢驗
Anti-HBs					
Anti-HCV					
RPR/VDRL					若無法排除感染源之感染疑慮，可評估是否進行4-6週及12週(3個月)追蹤檢驗
SGOT(AST)					若暴露當時基礎值檢驗無異常或無特殊臨床狀況，則不須進行後續4-6週及12週(3個月)追蹤檢驗
SGPT (ALT)					

抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：

實際服藥天數：____天

實際服藥天數不足28天之原因：

☐ 病人自行停藥

☐ 因副作用經與醫師討論後停藥

☐ 暴露源HIV檢驗陰性排除感染疑慮

☐ 其他，請說明原因_____

服藥後之副作用：

其它追蹤說明(含須進行追蹤檢驗但未受檢等)：

註：請於自暴露日起至遲6個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過6個月未提出申請，則視為逾期不予受理。

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表

機關名稱：				
機關提出申請日期(初審)： 年 月 日				
補助項目	檢核項目	檢核情形 (符合請打勾)	需繳回疾管署 之文件	備註
oPEP 補助費用	因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(如附件一)		V	
	申請單位領據(請檢附申請補助當年度之請款收據)或依疾管署核銷流程辦理 (僅限疾管署人員)		V	
	醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)			
	費用明細		V	
	病歷摘要			
	oPEP 血液追蹤紀錄單(如附件五)		V	
	申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊		V	
檢核人員：		單位主管：		
檢核日期： 年 月 日				