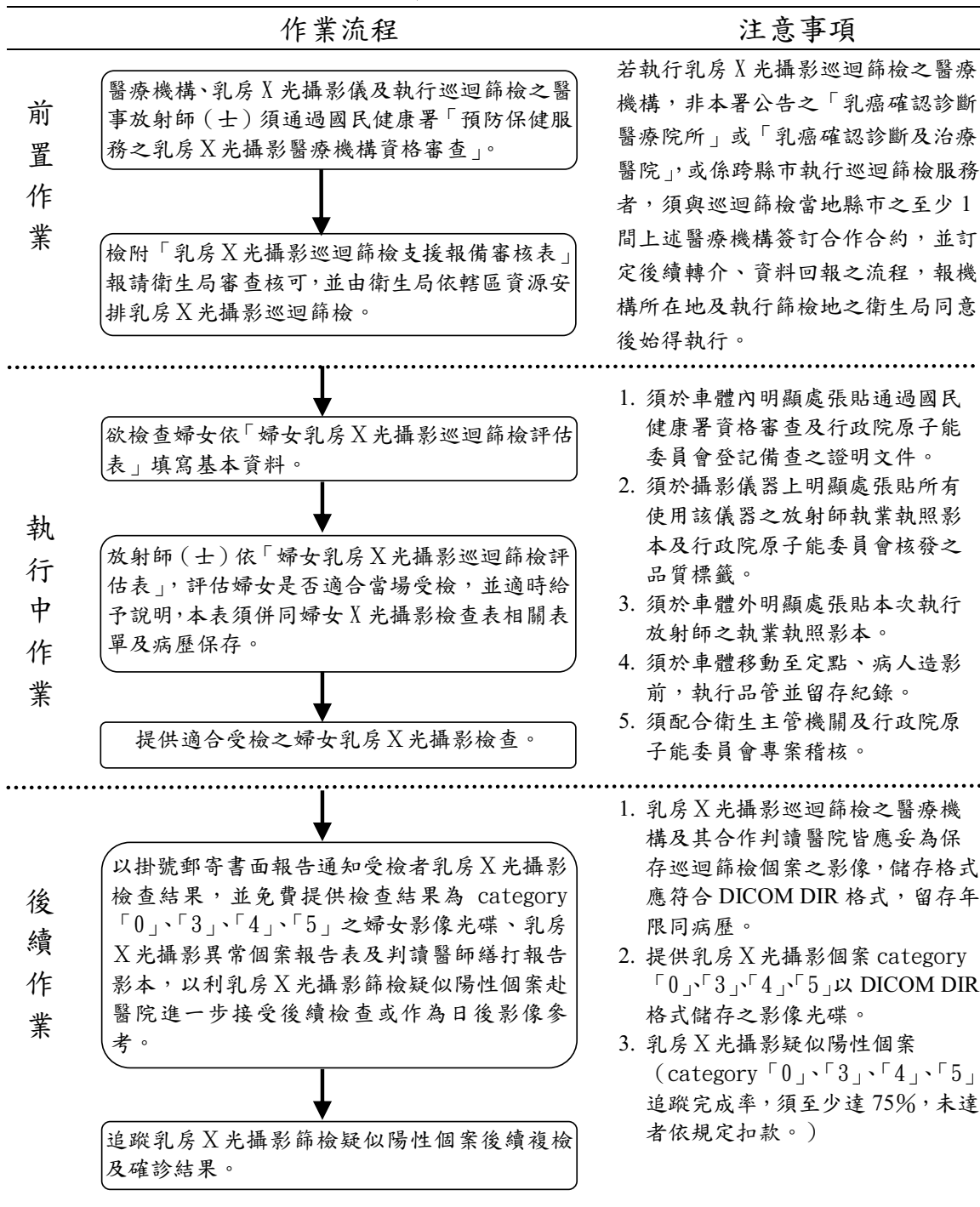


【附件二】

### 以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影 巡迴篩檢標準作業程序



註：以上作業程序，若有未盡事宜，依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」及「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」相關規定辦理。

【本檢查經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

**婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表**

(請併婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存)

● 基本資料 (檢查婦女填寫):													
姓名	身份證字號												
	護照號碼 (外籍人士)												
乳房 X 光攝影檢查前評估注意項目											是	否	
1	懷孕婦女、無法排除有可能懷孕或近期計畫懷孕的婦女												
2	正在哺乳的婦女												
3	乳房動過手術或隆乳												
4	婦女自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或任何異常等												
5	身體不適，無法久站												
6	頸椎受傷或曾經開刀												
7	肩膀有「五十肩」或曾經受傷或手術後，手無法抬高者												
8	本身為容易瘀青體質者												
9	有巴金森氏症												
10	有胸骨塌陷或胸廓曾經開刀												
11	其他須告知事項 (如身上有植入物、導管、心律調節器等)												
受檢者簽名： _____													
● 評估結果 (放射人員填寫):													
<p>1. 乳房 X 光攝影評估項目若 1-2 任一項勾選『是』：不提供檢查，建議轉赴醫院評估。</p> <p>2. 乳房 X 光攝影評估項目若 3-11 任一項勾選『是』：經醫事放射師 (士) 評估後，可執行檢查，請放射師注意其安全性，切勿造成二次傷害；若不能檢查則建議轉赴醫院受檢評估。</p> <p>註：考量自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或任何異常等之婦女，有極少數可能為異常的組織，為避免錯失早期發現之機會，建議應儘可能當場提供檢查，並告知婦女須持檢查結果赴醫院就診。</p> <p>3. 乳房 X 光攝影放射師 (士) 評估結果：</p> <p><input type="checkbox"/> 可當場接受乳房 X 光攝影檢查</p> <p><input type="checkbox"/> 不適合當場接受乳房 X 光攝影檢查，建議至醫院評估和檢查</p>													
乳房 X 光攝影放射師 (士) 簽名： _____													
日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日													

乳房 X 光攝影巡迴篩檢支援報備審核表 (範例)

<p>● 醫療院所名稱：</p> <p>● 巡迴車車號 (所屬醫療機構名稱)：</p> <p>● 巡迴地區：</p> <p>地址 1/預估人數：_____</p> <p>地址 2/預估人數：_____</p> <p>地址 3/預估人數：_____</p> <p>● 巡迴時間：</p> <p><input type="checkbox"/> 單次：_____年_____月_____日_____時至_____時</p> <p><input type="checkbox"/> 長期 (以 7 天為限)：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日</p>				
<p><b>乳房 X 光攝影巡迴篩檢前評估項目</b></p>		<p><b>須檢附證明</b></p>	<p><b>是</b></p>	<p><b>否</b></p>
1	<p>乳攝車應通過國民健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構」資格審查</p>	<p>國民健康署審查 通過公文</p>		
2	<p>由符合資格之女性放射師進行操作</p> <p>放射師姓名：_____</p> <p>放射師姓名：_____</p> <p>後補放射師姓名：_____</p> <p>後補放射師姓名：_____</p>			
3	<p>具備符合資格之影像判讀醫師</p> <p>判讀醫師姓名：_____</p>			
4	<p>放射師於支援前應事先報經執行地當地衛生主管機關核准，並副知所在地衛生主管機關</p>	<p>支援報備核准證明文件</p>		
5	<p>申請之醫療機構於所轄縣市執行巡迴篩檢，若非本署公告之「乳癌確認診斷院所」或「乳癌確認診斷及治療醫院」者，須與當地上述醫療機構簽訂合作合約。</p> <p>合作醫療機構名稱：_____</p>	<p>醫療機構合作契約、後續轉介及資料回報流程說明</p>		
	<p>申請之醫療院所若跨縣市執行巡迴篩檢，須與執行篩檢服務當地縣市之「乳癌確認診斷院所」或「乳癌確認診斷及治療醫院」簽訂合作合約。</p> <p>合作醫療機構名稱：_____</p>			
<p>● 評估結果：</p> <p><input type="checkbox"/> 通過，備註：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____</p>		<p>衛生局審核人員簽名</p>		

註：1. 未確實完成申請者或申報不實者，本署得核扣該場次提供之所有乳攝篩檢費用。

2. 以上作業程序，若有未盡事宜，依相關規定辦理。

3. 各縣市衛生局得依實際執行情形，增加評估項目。