

疑似萊姆病個案檢體送驗報告單

實驗室編號 (實驗室填寫)		第 次檢體 (實驗室填寫)	前次檢體編號：			
*患者基本資料	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生年月日(民國) 年 月 日			
	居住地址	縣市 鄉鎮市區	工作或上學地區(點) 縣市 鄉鎮市區 學校			
	聯絡電話 宅() 公()	職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農林漁 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其它: _____			
	出國	<input type="checkbox"/> 是, _____ (時間/地點) <input type="checkbox"/> 否	病歷號碼			
*醫院	醫院名稱 (科別)	已排除其他感染症 <input type="checkbox"/> 是, _____ <input type="checkbox"/> 否				
	*疑似個案資料		實驗室血清學診斷之建議參考標準(西方墨點試驗)			
*疑	流行病學資料	臨床症狀 (請務必詳填)				
	<input type="checkbox"/> 曾被硬蜱叮咬, _____ <input type="checkbox"/> 曾被不知名蟲類叮咬 <input type="checkbox"/> 曾前往流行區旅遊, _____ <input type="checkbox"/> 依過去的病史、症狀評估可能為萊姆病 <input type="checkbox"/> 有飼養寵物, _____ <input type="checkbox"/> 無 備註: _____	<input type="checkbox"/> 遊走性紅斑(Erythema migrans) <input type="checkbox"/> 典型萊姆病症狀(排除可假設性的診斷): 單種症狀如關節炎或顏面神經麻痺等 <input type="checkbox"/> 系統性的萊姆病症狀:兩種以上症狀如關節炎及顏面神經麻痺等 <input type="checkbox"/> 肢端皮膚炎及慢性萎縮(Acrodermatitis Chronica Atrophicans) <input type="checkbox"/> 其他非典型症狀: _____	IgG bands: ≥ Any five of: 18, 21, 28, 30, 39, 41, 45, 58, 66, 93 kDa IgM bands: ≥ Any two of: 18, 21, 28, 37, 41, 45, 58, 93 kDa OR ≥ Any two of: 23, 39, 41 kDa			
*日期	患者發病日	患者就診日	檢體送驗日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
*簽章	填報醫師	(證照號碼)	連絡電話/ 傳真			
			TEL: FAX:			
*送驗	檢體種類 (4°C)	血清學檢驗及結果				
	請勾選	IFA test		Western blot analysis		綜合結果
檢體資料 (實驗室填寫)	血清 (serum)	IgG	IgM	IgG	IgM	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
	腦脊髓液 (CSF)					<input type="checkbox"/> 疑似陽性(未達陽性標準)
	關節滑囊液 (synovial fluid)					<input type="checkbox"/> 請送二次檢體以便確診
(實驗室填寫)	組織培養種類 (請勾選)	病原菌(<i>Borrelia burgdorferi</i>)分離培養試驗及結果				綜合結果
	<input type="checkbox"/> 皮膚組織	月 日	月 日	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 陽性
	<input type="checkbox"/> 腦脊髓液(CSF)	月 日	月 日	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 陰性
	<input type="checkbox"/> 關節滑囊液	月 日	月 日	月 日	月 日	
	<input type="checkbox"/> 其他: _____	月 日	月 日	月 日	月 日	
	*請保存在4°C冷藏, 勿冷凍!	月 日	月 日	月 日	月 日	

備註: 1. 血清學檢驗需時 4-7 工作天, 若有緊急個案請另註明後, 可於 3 日內完成檢驗報告。

2. 萊姆病病原菌之分離培養試驗, 需連續培養觀察 6-8 週始可確認診斷。

2015 年 12 月 18 日印製