

正本

發文方式：郵寄

檔 號：	社團法人高雄市第一藥師公會
保存年限：	收 日期 110 年 6 月 15 日
	文 字 號 第 118 號

高雄市政府衛生局 函

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132之1號
承辦單位：藥政科
承辦人：楊毓婷
電話：07-7134000#6227
傳真：07-7229974
電子信箱：ytyin@kcg.gov.tw

83048

高雄市鳳山區文衡路458號9樓

受文者：社團法人高雄市第一藥師公會

發文日期：中華民國110年6月15日

發文字號：高市衛藥字第11035692000號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：COVID-19採檢對象轉介就醫注意事項

一、文擬存查
二、擬PO文公告週知

主旨：函轉嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心為加強COVID-19通報採檢，防範社區疫情擴散，請轉知所屬會員協助衛教並轉介有症狀民眾前往社區指定院所就醫或社區採檢站採檢，請查照。

說明：

- 一、依據嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心110年6月10日肺中指字第1103800197號函辦理。
- 二、考量部分民眾於出現症狀時，可能自行購買成藥服用，未前往醫療機構就醫，為防範COVID-19疫情擴散，請轉知所屬會員於執業時，協助針對出現如發燒、呼吸道症狀、腹瀉等疑似症狀民眾，詢問旅遊史、職業、接觸史、群聚史等相關資訊，並衛教該民眾前往指定社區採檢院所就醫或社區採檢站採檢。
- 三、如貴會會員於執業時發現民眾有疑似COVID-19症狀，轉介後經指定社區採檢院所或社區採檢站通報確診者，發給個案轉介藥局轉檢獎勵。獎勵原則說明如下：
 - (一)藥局以「COVID-19採檢對象轉介就醫注意事項」（附件）衛教民眾依循相關防疫事項至指定社區採檢院所就醫評估或社區採檢站採檢，並將轉介民眾之資料完整填報至指定

網址，提供轄屬衛生局。

(二)個案若經轉介至指定社區採檢院所或社區採檢站採檢，並於轉介後1週內採檢檢驗結果為陽性，且藥局於個案採檢日(含)以前完成填報資料者，發給轉介個案確診之首家藥局轉檢獎勵，每例新臺幣1萬元。

(三)請轉知所屬會員協助宣導轉介採檢之民眾儘速前往指定社區採檢院所或縣市政府設立之集中採檢站進行SARS-CoV-2檢驗；勿直接前往醫學中心等大型醫院採檢，以避免增加在急診等候的時間及降低在急診壅塞聚集的暴露風險。

四、「COVID-19指定社區採檢院所醫院清單」及「COVID-19病人風險評估表」等資訊分別置於衛生福利部疾病管制署全球資訊網COVID-19專區(<https://www.cdc.gov.tw>)/「臺灣社交距離App及採檢地圖」及「醫療照護機構感染管制相關指引」項下，請自行下載參閱。

正本：社團法人高雄市藥師公會、社團法人高雄市第一藥師公會、高雄市藥劑生公會、
高雄市新高雄藥劑生公會

副本：本局藥政科

局長黃志中

本案依分層負責規定授權業務主管判發

COVID-19 採檢對象轉介就醫注意事項

因您有發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、呼吸道症狀、腹瀉或嗅/味覺異常等症狀，經藥師評估建議儘速前往指定社區採檢院所或縣市政府設立之集中採檢站進行 SARS-CoV-2 檢驗；請勿直接前往醫學中心等大型醫院，以避免增加您在急診等候的時間及降低在急診壅塞聚集的暴露風險。

為降低可能傳播風險，並保障您自己、親友及周遭人士的健康，並請您配合下列健康管理措施：

- 一、請於 24 小時內儘速至建議轉介院所*就醫，並請嚴格遵守全程佩戴口罩。
- 二、就醫時，應主動告知醫師接觸史、旅遊史、居住史、職業暴露，以及身邊是否有其他人有類似的症狀。
- 三、生病期間應於家中休養，並佩戴口罩、避免外出，且與他人儘可能保持 1 公尺以上距離。當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。儘量避免出入公共場所，外出時，請一定嚴格遵守全程佩戴口罩。
- 四、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手及澈底洗淨。

*建議轉介之指定社區採檢院所或集中採檢站：_____

※本藥局依據「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」代號 012 公共衛生或傳染病防治之特定目的，蒐集以下個人資料，且不得為目的外利用。資料並將提供所在地藥師公會、縣市政府衛生局及衛生福利部疾病管制署依傳染病防治法等規定進行疫情調查及聯繫使用。

COVID-19 採檢對象轉介就醫 簽收聯

※轉介對象現在或過去 14 天內有具感染暴露風險之：

旅遊史 職業 接觸史 群聚史 以上皆無

病人姓名：	病人身分證號：
病人聯絡電話/手機：：	

經衛教後已了解轉介就醫期間應注意事項

簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日