

後天免疫缺乏症候群 (AIDS)

一、臨床條件

經醫師診斷為伺機性感染或AIDS 有關的腫瘤，如：肺囊蟲肺炎、弓形蟲感染、隱球菌症、食道念珠菌症等（詳如次頁後天免疫缺乏症候群個案報告單背面表列，AIDS 之診斷依據）。

二、檢驗條件

確認為HIV感染，且依不同年齡，其CD4值或比例為：

- (一) 年齡滿 6 歲（含）以上： $<200 \text{ Cells/mm}^3$ 或 $<14\%$ 。
- (二) 年齡介於 1 至 6 歲： $<500 \text{ Cells/mm}^3$ 或 $<22\%$ 。
- (三) 年齡小於 1 歲： $<750 \text{ Cells/mm}^3$ 或 $<26\%$ 。

三、流行病學條件

NA

四、通報定義

具有下列任一個條件，且排除 HIV 急性初期感染*

- (一) 確認為 HIV 感染者，符合臨床條件。
- (二) 確認為 HIV 感染者，CD4 值或比例符合檢驗條件（CD4 值為診斷之優先考量，若無 CD4 值才採用 CD4 比例。）

* HIV 急性初期感染（符合以下任一條件）：

1. 依據過去檢驗紀錄：本次 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法（抗體免疫層析檢驗法或西方墨點法）或 HIV 分子生物學核酸檢測（NAT）陽性，且確診通報前 180 天內，有任一 HIV 檢驗結果是陰性或未確定者，包含：HIV 抗原/抗體複合型篩檢、抗體篩檢（EIA 或 PA）、HIV-1/2抗體確認檢驗或 HIV 分子生物學核酸檢測（NAT）。
2. 本次確診檢驗流程中，於 HIV 分子生物學核酸檢測NAT 檢驗陽性前後 180 日內有任一抗體檢驗結果為陰性或未確定者。
3. 本次檢驗流程中，HIV 抗原/抗體複合型篩檢結果為「抗原陽性」者。

五、疾病分類

(一) 可能病例：

NA

(二) 極可能病例：

NA

(三) 確定病例：

排除 HIV 急性初期感染，且符合臨床條件或檢驗條件。

【密件】

後天免疫缺乏症候群（AIDS）個案報告單

※【確認為 HIV 感染者，欲通報 AIDS 前，請先排除個案為「急性初期感染」再行通報，若不清楚最近 180 天內的檢驗結果，符合 AIDS 通報定義仍請通報】

HIV 急性初期感染(符合以下任一條件)：

- (1) 依據過去檢驗紀錄：本次 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法（抗體免疫層析檢驗法或西方墨點法）或 HIV 分子生物學核酸檢測（NAT）陽性，且確診通報前 180 天內，有任一 HIV 檢驗結果是陰性或未確定者，包含：HIV 抗原/抗體複合型篩檢、抗體篩檢（EIA 或 PA）、HIV-1/2 抗體確認檢驗或 HIV 分子生物學核酸檢測（NAT）。
- (2) 個案本次確診檢驗流程中，於 HIV 分子生物學核酸檢測 NAT 檢驗陽性前後 180 日內有任一抗體檢驗結果為陰性或未確定者。
- (3) 本次檢驗流程中，HIV 抗原/抗體複合型篩檢結果為「抗原陽性」者。

電腦編號：□□□-□□-□□□□□□□□

醫師診斷日： 年 月 日

醫師報告日： 年 月 日 第一次報告 資料更新

HIV (+) NO.

AIDS NO.

(衛福部編號，請勿填寫)

個案目前狀況：1.住院治療 2.門診治療 3.死亡（ 年 月 日）
4.離境（ 年 月 日） 5.其他 6.不詳

一、基本資料

個案姓名	出生日期			身分證字號（護照號碼）								性別		電話			
	年	月	日									男	女	(區域碼) 話號碼			
國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國	<input type="checkbox"/> 台灣地區 <input type="checkbox"/> 大陸地區								婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 鰥寡		
	<input type="checkbox"/> 外籍	(填寫國家名稱)									<input type="checkbox"/>						
職業				目前是否懷孕？		是 否	是否曾經受過 HIV 抗體檢查？								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
戶籍所在地	縣 市 路 街	鄉市 鎮區	村 里	鄰	段	巷	弄	號之	(樓)								
現住址	縣 市 路 街	鄉市 鎮區	村 里	鄰	段	巷	弄	號之	(樓)								

二、AIDS 確診之診斷依據

認為 HIV 感染者，且

1.CD4 值或比例符合檢驗條件 (CD4= cells/mm³ 或 %) 或 2. 出現以下任一種伺機性感染

三、臨床症狀診斷依據：

診斷依據（疾病）	勾選	日期 年 月	診斷依據（疾病）	勾選	日期 年 月
Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs 念珠菌症（支氣管、氣管、或肺）			Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term) 淋巴瘤（免疫芽細胞）		
Candidiasis, esophageal 念珠菌症（食道）			Lymphoma, primary, of brain 淋巴瘤（腦部之初發性）		
Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary 珠狀孢子蟲病（散佈性或肺外部位）			Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disseminated or extrapulmonary		

			散佈性或肺外部位禽型分枝桿菌群或堪薩斯分枝桿菌感染		
診斷依據（疾病）	勾選	日期 年月	診斷依據（疾病）	勾選	日期 年月
Cryptococcosis, extrapulmonary 隱球菌症（肺外）			<i>M. tuberculosis</i> infection, pulmonary 肺結核***		
Cryptosporidiosis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration) 隱孢子蟲症（慢性腸炎）（一個月以上）			<i>M. tuberculosis</i> infection, extrapulmonary 肺外結核		
Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes) 巨細胞病毒症（肝臟、脾臟或淋巴結以外）			<i>Mycobacterium</i> , other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary 其他種類或未確定種類的分枝桿菌引起的散佈性或肺外部位感染		
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision) 巨細胞病毒性視網膜炎**			Pneumonia, recurrent (more than one episode in a 1-year period) 一年之內復發的肺炎***		
Encephalopathy, HIV-related 愛滋病毒性腦病變			<i>Pneumocystis carinii</i> (jiroveci) pneumonia 肺囊蟲肺炎		
Herpes simplex: chronic ulcer(s) greater than 1 month's duration); or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis 單純性疱疹病毒感染：慢性潰瘍（一個月以上）或支氣管炎、肺炎及食道炎**			Progressive multifocal leukoencephalopathy 進行性多發性白質腦病變		
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary 組織胞漿菌症（散佈性或肺外部位）			Salmonella septicemia, recurrent 沙門氏菌血症（再發性）		
Isosporiasis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration) 等孢子蟲症（慢性腸炎）（一個月以上）			Toxoplasmosis of brain 腦部弓蟲症**		
Kaposi's sarcoma 卡波西氏肉瘤			Wasting syndrome due to HIV HIV 引起的消耗性症候群		
Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term) 勃克氏淋巴瘤			Cervical cancer, invasive 侵犯性的子宮頸癌***		
Penicilliosis marneffei, disseminated or extrapulmonary 青黴菌感染（散佈性或肺外部位）			Bacterial infections, multiple or recurrent 多重或復發的細菌感染*		

*Only among children aged <6 years. 僅適用於年齡 6 歲以下個案。**Onset at age >1 month. 僅適用於年齡滿 1 個月後診斷之個案。

***Only among adults, adolescents, and children aged ≥6 years. 僅適用於年齡滿 6 歲（含）以上個案。

備註（補充資料）：

報告所 名稱		院所 住址	
診斷師 簽章		聯絡 電話	()

此欄由衛生局填寫（ 縣市衛生局）

收到日期	年 月 日	承辦人簽章		科(課)長簽章	
------	-------	-------	--	---------	--

衛生福利部疾病管制署 (02) 2395-9825 FAX : (02) 2391-3482