

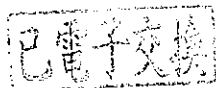
衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號

承辦人：林軒立

電話：23959825#3758

電子信箱：cdckk@cdc.gov.tw



100

台北市中正區忠孝東路二段100號10樓-4

受文者：社團法人台灣感染管制學會

發文日期：中華民國107年12月7日

發文字號：疾管慢字第1070301198號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送「人類免疫缺乏病毒感染」修正後之通報定義（附件），請貴局轉知轄內醫療院所及檢驗單位，並自發文日起1個月後實施，請查照轉知。

說明：

- 一、為應檢驗技術精進並與國際接軌，修正「人類免疫缺乏病毒感染」通報定義，將現行HIV抗體確認方法除西方墨點法外，新增「抗體免疫層析檢驗法」（Immunochromatographic Test）可做為確認檢驗條件之一。
- 二、HIV感染檢驗條件第一項第一點全文增修如下：「抗體篩檢檢測（EIA 或 PA）或抗原/抗體複合型檢測（HIV antibody and antigen combination assay）陽性，再經HIV-1/2抗體確認檢驗方法（西方墨點法或抗體免疫層析檢驗法），確認為陽性反應者（年齡須大於 18 個月）」。

三、修正後之「人類免疫缺乏病毒感染」通報定義及「愛滋病防治工作手冊」之電子檔案，可至本署全球資訊網下載（全球資訊網專業版首頁/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒感染/通報檢驗；或個案服務）。

正本：地方政府衛生局、臺北市立聯合醫院昆明防治中心

副本：人類免疫缺乏病毒指定醫事機構、本署各區管制中心、社團法人台灣感染管制學會、衛生福利部中央健康保險署、台灣愛滋病學會(均含附件)

署長 **周志浩**

裝

訂



線

人類免疫缺乏病毒感染 (HIV Infection)

一、臨床條件

NA

二、檢驗條件

(一) 符合下列任一情形。

1. 抗體篩檢檢測* (EIA 或 PA) 或抗原/抗體複合型檢測 (HIV antibody and antigen combination assay) 陽性，再經 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法 (西方墨點法或抗體免疫層析檢驗法)，確認為陽性反應者 (年齡須大於 18 個月)。
2. 分子生物學核酸檢測呈陽性反應者。
3. HIV 抗原 p24 篩檢陽性，且進行中和試驗 (Neutralization test, NT)，確認為陽性反應者。(年齡須大於 1 個月)

*若使用快速檢測法檢測陽性者，仍需進行抗體篩檢檢測或抗原/抗體複合型檢測

(二) 新生兒以快速檢測法及抗體篩檢檢測呈陽性者。

三、流行病學條件

符合下列任一情形之新生兒。

1. 其生母為人類免疫缺乏病毒感染患者。
2. 其生母臨產時為快速檢測法及抗體篩檢檢測陽性者。

四、通報定義

符合任一檢驗條件或流行病學條件者。

五、疾病分類

(一) 可能病例：

NA

(二) 極可能病例：

符合流行病學條件或檢驗條件第二項。

(三) 確定病例：

符合檢驗條件第一項。

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。）

*急性初期感染定義為分子生物學核酸檢測陽性且該檢測前 180 天內任一初篩檢驗或 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法（西方墨點法或抗體免疫層析檢驗法）結果是陰性或不確定者。

五、疾病分類

- (一) 可能病例：

NA

- (二) 極可能病例：

NA

- (三) 確定病例：

符合臨床條件或檢驗條件。

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 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法結果，符合 AIDS 通報定義仍請通報】 急性初期感染定義：分子生物學核酸檢測(NAT)陽性，且該檢測前 180 天內，任一初篩檢驗或 HIV-1/2 抗體確認檢驗方法結果是陰性或不確定。

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														
																	公										宅									
國籍	☐ 中華民國	☐ 台灣地區 ☐ 大陸地區										婚姻狀況	已婚	未婚	離婚	分居	鰥寡																			
	☐ 外籍	(填寫國家名稱)																																		
職業					目前是否懷孕？				☐ 是 ☐ 否	是否曾經受過 HIV 抗體檢查？								☐ 是 ☐ 否																		
戶籍所在地		縣市 路 街		鄉市 鎮區		村 里		鄰		號之 (樓)																										
				段		巷		弄																												
現住址		縣市 路 街		鄉市 鎮區		村 里		鄰		號之 (樓)																										
				段		巷		弄																												

二、AIDS 確診之診斷依據

確認為 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	期 日		診斷依據 (疾病)	勾選	期 日	
		年	月			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)				<i>Mycobacterium avium</i> complex or <i>M. kansasii</i> , 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			
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			

診斷依據 (疾病)	勾選	日期		診斷依據 (疾病)	勾選	日期	
		年	月			年	月
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> (<i>jiroveci</i>) 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)				<i>Salmonella</i> 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