

口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則

壹、修正名稱對照表

| 修正名稱 | 原名稱 | 說明 |
|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| 口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則 | 預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則 | 配合「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」名稱修訂 |

貳、修正規定對照表

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|--|---|--|
| 一、衛生福利部（以下簡稱本部）為辦理口腔黏膜檢查品質管理，特訂定本原則。 | 一、衛生福利部 <u>國民健康署</u> （以下簡稱本署）為辦理口腔黏膜檢查品質管理，特訂定本原則。 | 修正口腔黏膜檢查品質管理主管機關。 |
| 二、本原則係 <u>考量</u> 口腔黏膜檢查補助對象、口腔黏膜檢查醫事 <u>服務</u> 機構及口腔癌確診醫事 <u>服務</u> 機構等各層面，訂定管理內容或稽核措施，以落實口腔黏膜檢查品質之管理。 | 二、本原則係 <u>透過</u> 口腔黏膜檢查補助對象、口腔黏膜檢查醫事機構及口腔癌確診醫事機構等各層面訂定管理內容或稽核措施，以落實口腔黏膜檢查品質之管理。 | 配合「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」酌修文字。 |
| 三、口腔黏膜檢查補助對象係依「 <u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u> 」規定辦理，相關品質管理方式如下： (一)為保障受檢者與執行者雙方權益，應於執行口腔黏膜檢查前，確實針對受檢者是否符合篩檢條件進行檢視，執行者應告知並取得受檢者同意簽名（或蓋章）後，始得進行篩檢。 (二)配合 <u>本部或各縣市府衛生局</u> 規劃之口腔黏膜檢查醫事 <u>服務</u> 機構之例行性病歷或篩檢表單填寫之輔導，以呈現落實受檢民眾知 | 三、口腔黏膜檢查補助對象之條件及相關品管方式如下： (一) <u>預防保健服務補助對象</u> ，係針對 30 歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸民眾、18 歲至未滿 30 歲嚼檳榔（含已戒）原住民，提供每二年一次口腔黏膜檢查。18 歲至未滿 30 歲受檢原住民應出示戶口名簿或填具聲明書始可受檢。 (二)為保障受檢者與執行者雙方權益，應於執行口腔黏膜檢查前，確實針對受檢者是否符合篩檢條件進行檢視，執行者應告知並取得受 | 一、「 <u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u> 」第三點第(三)款已明訂口腔黏膜檢查補助對象，爰刪除本點第(一)款補助對象條件，及配合調整款次。 二、為醫事服務機構因應口腔癌防治政策需要，增列本點第(四)款，俾利持續完善菸檳行為及篩檢結果等篩檢資料收載作業。 |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|--|--|--|
| <p>情同意之簽名情形。</p> <p><u>(三)如接獲民眾陳情案件，除以民眾受檢權益優先進行處置外，並協助各縣市<u>政府</u>衛生局查明<u>醫事服務機構</u>提供服務流程是否有相關疏失，並依據調查結果辦理後續處置。</u></p> <p><u>(四)應完善<u>醫事服務機構</u>內篩檢資料收載，含菸檳行為及篩檢結果之登錄。</u></p> | <p>檢者同意簽名（或蓋章）後，始得進行篩檢。</p> <p><u>(三)配合<u>衛生單位</u>規劃之口腔黏膜檢查醫事機構之例行性病歷或篩檢表單填寫之輔導，以呈現落實受檢民眾知情同意之簽名情形。</u></p> <p><u>(四)如接獲民眾陳情案件，除以民眾受檢權益優先進行處置外，並協助各縣市衛生局查明<u>醫療院所</u>提供服務流程是否有相關疏失，並依據調查結果辦理後續處置。</u></p> | |
| <p>四、口腔黏膜檢查之<u>醫事服務</u>機構資格審查條件及應辦事項如下：</p> <p><u>(一)執行者資格及基本檢查設備，應參照「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」規定辦理。</u></p> <p><u>(二)符合執行口腔黏膜檢查資格之牙醫師、耳鼻喉科專科醫師、經本部核可之其他科別專科醫師（限西醫專科，中醫師應同時具有西醫專科或中西醫整合專科），或經本部專案許可於牙醫醫療資源不足地區衛生所執業之西醫師，應配合本部進行必要之實地輔導。</u></p> <p><u>(三)依規定期限及格式，向本部申報所有口腔黏膜檢查個案之檢查結果、確診結果<u>或其他</u>相關資料。</u></p> <p><u>(四)依據口腔<u>黏膜檢查</u>標</u></p> | <p>四、口腔黏膜檢查之醫事機構資格審查條件及應辦事項如下：</p> <p><u>(一)設立至少一名牙科、耳鼻喉科專科或經本部核可之其他科別專科醫師（限西醫專科，中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科），負責執行口腔黏膜檢查。</u></p> <p><u>(二)執行口腔黏膜檢查之牙科、耳鼻喉科醫師，應配合本部進行必要之實地輔導。</u></p> <p><u>(三)設置基本檢查設備：</u></p> <p><u>1. 讓民眾平躺或支撐其頭部可維持後仰姿勢之設備。</u></p> <p><u>2. 口鏡。</u></p> <p><u>3. 充足的光源(LED頭燈或站立式光源)。</u></p> <p><u>(四)依規定期限及格式，向本部申報所有口腔黏膜檢查個案之檢查結果、確診結果<u>等</u>相關資</u></p> | <p>一、「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第六點及第五點附件 3 之備註二之</p> <p><u>(二)已明訂執行人員資格及基本檢查設備，爰修正本點第(一)款說明，刪除第(三)款說明。</u></p> <p>二、第(二)款配合「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第六點，明訂應配合進行實地輔導之人員。</p> <p>三、餘修正口腔黏膜檢查主管機關，及配合調整款次。</p> |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|--|--|---|
| 準化作業流程(如附件一)提供服務，並完成轉介及追蹤口腔黏膜檢查 <u>疑似異常</u> 個案完成複檢、 <u>確診或治療</u> 。 | 料。 <u>(五)依據本署</u> 口腔癌篩檢標準化作業流程(如附件一)提供服務，並完成轉介及追蹤 <u>疑似</u> 口腔黏膜檢查 <u>陽性</u> 個案完成複檢 <u>或</u> 確診。 | |
| 五、口腔黏膜檢查之 <u>醫事服務</u> 機構有下列情形之一者， <u>應接受本部</u> 實地輔導(實施方式如附件二)： (一)口腔黏膜檢查 PPV(陽性預測值)、Case yield(檢出率)、 <u>陽性個案切片率及其他經本部公告之指標</u> ，低於本部訂定標準。 (二)經民眾陳情未依規定提供口腔黏膜檢查。 <u>本部對前項情形</u> ，將進行受檢個案抽樣之電話訪問調查， <u>並</u> 分析 <u>醫事服務</u> 機構辦理口腔黏膜檢查情形。 | 五、 <u>配合本署辦理必要之實地輔導</u> 。口腔黏膜檢查醫事機構 <u>如有以下</u> 情形之一， <u>為優先</u> 接受實地輔導者(實施方式如附件二)： (一)口腔黏膜檢查 PPV(陽性預測值)、Case yield(檢出率)低於本署訂定標準者。 <u>(二)門診個案菸檳行為登錄率</u> 低於本署訂定標準者。 <u>(三)口腔黏膜檢查陽性個案切片率</u> 低於本署訂定標準之確診單位。 <u>(四)經民眾陳情未依規定提供口腔黏膜檢查者</u> 。 <u>(五)為進一步</u> 分析醫事機構辦理口腔黏膜檢查之情形， <u>針對 PPV(陽性預測值)、Case yield(檢出率)</u> 低於本署訂定標準者， <u>本署</u> 將進行受檢個案抽樣之電話訪問調查， <u>以瞭解</u> 菸檳行為等影響因素， <u>作為醫事機構改進參用</u> 。 | 一、因應本部國民健康署113年「全方位癌症防治策進計畫」及「癌症防治品質精進計畫」已刪除口腔癌項目，爰刪除「門診個案菸檳行為登錄率」之指標；另本部將透過監測分析當年度口腔癌篩檢資料，評估研訂其他口腔癌篩檢品質指標，爰新增其他經本部公告之指標。 二、餘修正口腔黏膜檢查主管機關，及配合調整項、款次。 |
| 六、口腔黏膜檢查之 <u>醫事服務</u> 機構如有下列情形之一者， <u>本部</u> 得終止其服務資格： (一)無符合規定之負責醫師。 | 六、口腔黏膜檢查醫事機構如有 <u>以下</u> 情形之一者，得終止其服務資格： (一)無符合規定之負責醫師。 (二)未依規定配合填報口 | 修正得終止口腔黏膜檢查醫事服務機構服務資格之相關依據。 |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|---|--|--|
| <p>(二)未依規定配合填報口腔黏膜檢查個案資料、違反「<u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u>」第十五點或其他相關衛生法規且情節嚴重(例如：受檢者未簽名、篩檢條件不符合)。</p> | <p>腔黏膜檢查個案資料、違反<u>醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項</u>第25點或其他相關衛生法規且情節嚴重者(例如：受檢者未簽名、篩檢條件不符合等情節嚴重者)。</p> | |
| <p>七、口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之<u>醫事服務</u>機構資格審查條件及應辦事項如下：</p> <p>(一)口腔癌確認診斷：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科(可為兼任)、口腔病理或病理科專科醫師(可以病理解代之合作醫院或經公信力機構認可之病理檢驗單位<u>替代</u>)，負責執行口腔癌確認診斷。</p> <p>(二)口腔癌確認診斷及治療：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科、口腔病理或病理科、整形外科、放射線腫瘤科(可以合作醫院<u>替代</u>)、腫瘤內科、影像(放射線)診斷科專科醫師，負責執行口腔癌確認診斷及治療。</p> <p>(三)申請程序：檢具<u>醫師證書影本</u>、<u>執業執照影本</u>及<u>報備支援證明</u>，函送本部核定；如為合作醫院或代檢之病理解驗單位(以下併稱合作單位)，檢具<u>合作契約書</u>及<u>相關證明</u>(如相關專</p> | <p>七、口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事機構資格審查條件及應辦事項如下：</p> <p>(一)口腔癌確認診斷<u>醫事機構</u>：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科(可為兼任)、口腔病理或病理科專科醫師(可以病理解代之合作醫院或經公信力機構認可之病理檢驗單位)，負責執行口腔癌確認診斷。</p> <p>(二)口腔癌確認診斷及治療<u>醫事機構</u>：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科、口腔病理或病理科、整形外科、放射線腫瘤科(可以合作醫院)、腫瘤內科、影像(放射線)診斷科等專科醫師，負責執行口腔癌確認診斷及治療。</p> <p>(三)依據<u>本署規定</u>之流程(如附件一)，接受轉介及提供口腔癌前病變或口腔癌個案之後續治療服務。</p> <p>(四)口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療醫事機構之相關專科醫師或合作單位異動時，</p> | <p>增列口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事服務機構之申請程序，並修正口腔黏膜檢查主管機關。</p> |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|---|---|---|
| <p><u>科醫師證書及執業執照影本、實驗室檢驗能力認證文件或其他相關證明)。</u></p> <p><u>(四)依據<u>口腔黏膜檢查標準化作業</u>流程(如附件一)</u>，接受轉介及提供口腔癌前病變或口腔癌個案之後續治療服務。</p> | <p>應於異動日起二週內向本<u>署</u>報備，如因異動導致無合格醫師或合作單位時，應於異動日起停辦，並應於二個月內將遞補人員或合作單位之資料送至本<u>署</u>，<u>於</u>審查通過後，始得繼續辦理。</p> | |
| <p><u>(五)口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療</u>醫事<u>服務</u>機構之相關專科醫師或合作單位異動時，應於異動日起二週內向本<u>部</u>報備，如因異動導致無合格醫師或合作單位時，應於異動日起停辦，並應於二個月內將遞補人員或合作單位之資料送至本<u>部</u>審查通過後，始得繼續辦理。</p> | | |
| | <p><u>八、口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事機構如無符合規定之專科醫師或合作單位者，取消其資格。</u></p> | <p>本點已納入「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第五點附件3之備註五之(三)，爰刪除本點。</p> |

參、修正附件對照表

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|---|--|--|
| <p>附件一 口腔黏膜檢查標準化作業流程 第一部分、口腔黏膜檢查服務提供流程 <u>三十歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣之民眾,每二年一次</u> <u>十八歲至二十九歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民,每二年一次</u> 符合資格民眾前往篩檢機構受檢 科別：牙科、耳鼻喉科、<u>經本部核可</u>之其他專科或專案 <u>許可牙醫醫療資源不足地區之衛生所</u> <u>正常者：</u> 1. 衛教戒檳榔、菸、酒 2. <u>每二年</u>定期篩檢 備註： 1. 依照「<u>醫事服務機構辦理口腔</u>預防保健服務注意事項」之規定，「<u>口腔黏膜檢查</u>」間隔之規定僅以「<u>年份</u>」做為檢查條件，即「當次就醫年度」減去「前次就醫年度」大於等於<u>三年</u>以上即可符合。 2. 依規定各醫療院應於健保卡上登錄最近一次檢查日期及項目，故可經由健保卡查詢民眾最近一次檢查日期。 3. <u>十八歲至二十九歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民須檢具戶口名簿或填具「衛生福利部十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書」。</u></p> | <p>附件一 口腔黏膜檢查標準化作業流程 (103.4.XX) 第一部分、口腔黏膜檢查服務提供流程 <u>30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣之民眾</u> <u>18-29歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民</u> 符合資格民眾前往篩檢機構受檢 科別：牙科、耳鼻喉科或<u>通過口腔癌篩檢訓練</u>之其他專科 <u>正常者：</u> 1. 衛教戒檳榔、菸、酒 2. <u>每2年</u>定期篩檢 備註： 1. 依照「<u>醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項</u>」之規定，「<u>口腔黏膜檢查</u>」間隔之規定僅以「<u>年度</u>」做為檢查條件，即「當次就醫年度」減去「前次就醫年度」大於等於<u>2</u>年以上即可符合。 2. 依規定各醫療院應於健保卡上登錄最近一次檢查日期及項目，故可經由健保卡查詢民眾最近一次檢查日期。</p> | <p>一、刪除過去日期資料。 二、第一部分修正說明如下： (一)口腔黏膜檢查服務提供流程之篩檢條件補充「每二年一次」。 (二)提供檢查科別依「<u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u>」第六點調整。 (三)備註第1點依「<u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u>」第五點附件3之備註一，修正「<u>口腔黏膜檢查</u>」篩檢間隔以「<u>年份</u>」檢核。 (四)備註第3點依「<u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u>」第五點附件3之備註三，補充符合篩檢條件之原住民須檢具戶口名簿或填具<u>聲明書</u>。 三、第二部分篩檢結果依「<u>醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項</u>」之規定，將篩檢結果依不同篩檢條件之原住民須檢具戶口名簿或填具<u>聲明書</u>。</p> |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|
| <p>第二部分、口腔黏膜檢查陽性個案後續確診及治療處置流程</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>篩檢結果為陽性</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 <i>(張口不易或舌頭活動困難)</i> </td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 約二星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 </td> </tr> </table> <p>每<u>三個月至六個月</u>定期追蹤</p> <p>Potentially Malignant Disorders (PMD) 之處置原則 PMD/OPMD</p> <p>1. 建議每<u>三個月至六個月</u>追蹤觀察一次</p> </div> | <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 <i>(張口不易或舌頭活動困難)</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 約二星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 | <p>第二部分、口腔黏膜檢查陽性個案後續確診及治療處置流程</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>篩檢結果為陽性</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 </td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 白斑 ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 超過兩星期仍不癒合之口腔潰瘍 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 </td> </tr> </table> <p>每 <u>3-6</u> 個月定期追蹤</p> <p>Potentially Malignant Disorders (PMD) 之處置原則 PMD/OPM</p> <p>1. 建議每 <u>3-6</u> 個月追蹤觀察一次</p> </div> | <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 | <ul style="list-style-type: none"> ● 白斑 ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 超過兩星期仍不癒合之口腔潰瘍 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 | <p>項」附錄 3-1「衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單」酌修文字。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 <i>(張口不易或舌頭活動困難)</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 約二星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 均質性薄白斑 ● 口腔黏膜下纖維化症 | <ul style="list-style-type: none"> ● 白斑 ● 非均質性白斑 ● 均質性厚白斑 ● 扁平苔癬 ● 疑似口腔癌 ● 口腔黏膜不正常，但診斷未明 ● 超過兩星期仍不癒合之口腔潰瘍 ● 口腔內外不明原因之持續性腫塊 | | | | | |
| <p>附件二</p> <p>口腔黏膜檢查醫事<u>服務</u>機構品質管理輔導計畫</p> <p>一、目的</p> <p>(一)瞭解口腔癌篩檢醫事<u>服務</u>服務機構篩檢品質之情形。</p> <p>(二)針對品質不佳之醫事<u>服務</u>機構進行實地輔導，必要時進行民眾電訪調查。</p> <p>二、執行方法</p> <p>(一)選定口腔癌篩檢品質指標</p> <p>1. PPV (陽性預測值)：篩檢陽性個案完成後續確診者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。</p> | <p>附件二</p> <p>口腔黏膜檢查醫事機構品質管理輔導計畫</p> <p>一、目的</p> <p>(一)瞭解口腔癌篩檢醫事機構篩檢品質之情形。</p> <p>(二)針對品質不佳之醫事機構進行實地輔導，必要時進行民眾電訪調查。</p> <p>二、執行方法</p> <p>(一)選定口腔癌篩檢品質指標</p> <p>1. PPV (陽性預測值)：篩檢陽性個案完成後續確診者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。</p> <p>2. Case yield (檢出率)：完成篩檢者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。</p> | <p>一、因應本部國民健康署 113 年「全方位癌症防治策進計畫」及「癌症防治品質精進計畫」已刪除口腔癌項目，爰刪除「口腔癌篩檢品質指標」之門診個案菸檳行為登錄率；另本部將透過監測分析當年度口腔癌篩檢資料，評估新增其他口腔癌篩檢品質指標，爰新增其他經本部</p> | | | | |

| 修正規定 | 原規定 | 說明 |
|--|--|---|
| <p>2. Case yield (檢出率)：完成篩檢者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。</p> <p>3. 篩檢陽性個案切片率：口腔癌確診及治療醫院之到院篩檢陽性個案者中符合 <u>guideline</u> 應切片者，以切片檢查確診之比率。</p> <p>4. <u>其他經本部公告之指標</u>。</p> <p>(二)監測口腔癌篩檢成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 分析全國醫事<u>服務</u>機構口腔癌篩檢之 PPV、Case yield、篩檢陽性個案切片率（僅看確診及治療醫院）<u>及其他經本部公告之口腔癌篩檢品質指標</u>。 篩選需輔導之目標<u>醫事服務機構</u>名單：低於本部訂定標準之離群者優先納入。 <p>(三)醫事<u>服務</u>機構之篩檢個案電話訪問調查</p> <p>針對前一年度<u>口腔癌篩檢品質指標低於本部訂定標準，或經民眾陳情未依規定提供口腔黏膜檢查之醫事服務機構</u>，抽檢口腔黏膜檢查個案進行電話調查（排除陽性個案、口腔癌前病變及口腔癌個案），詢問「嚼檳榔行為」、「吸菸行為」、「接受口腔黏膜檢查情形」等題目。</p> <p>(四)醫事<u>服務</u>機構實地輔導</p> <ol style="list-style-type: none"> 瞭解口腔癌篩檢執行之標準流程。 瞭解口腔癌篩檢表民眾簽名執行現況。 檢討<u>口腔癌篩檢品質指標</u>不佳之原因及解決方案。 | <p>果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。</p> <p>3. <u>門診個案於檳行為登錄率：本署補助之癌品醫院完成到院門診個案於檳行為登錄上傳之比率</u>。</p> <p>4. 篩檢陽性個案切片率：口腔癌確診醫院之到院篩檢陽性個案者中符合 <u>guild_line</u> 應切片者，以切片檢查確診之比率。</p> <p>(二)監測口腔癌篩檢成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 分析全國醫事機構口腔癌篩檢之 PPV、Case yield、<u>門診個案於檳行為登錄率（僅看癌品醫院）</u>及篩檢陽性個案切片率（僅看確診醫院）。 篩選需輔導之目標<u>醫療院所</u>名單：低於本署訂定標準之離群者優先納入。 <p>(三)異常醫事機構之篩檢個案電話訪問調查</p> <p>針對前一年度 <u>PPV、Case yield 異常</u>醫事機構，抽檢口腔黏膜檢查篩檢個案進行電話調查（排除陽性個案、口腔癌前病變及口腔癌個案），詢問「嚼檳榔行為」、「吸菸行為」、「接受口腔黏膜檢查情形」等題目。</p> <p>(四)異常醫事機構實地輔導</p> <ol style="list-style-type: none"> 瞭解口腔癌篩檢執行之標準流程。 瞭解口腔癌篩檢表民眾簽名執行現況。 檢討 <u>PPV 或 Case yield 不佳</u>之原因及解決方案。 | <p>公告之指標。</p> <p>二、餘修正口腔黏膜檢查主管機關、配合調整目次及酌修文字。</p> |

| 修正規定 | | | | | | 原規定 | | | | | | 說明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|----------|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|----|--------|--------|----------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------|--|--|--------------------------|--|--|--|--|
| 衛生福利部 口腔黏膜檢查實地輔導紀錄表 | | | | | | 國民健康署 口腔黏膜檢查實地輔導紀錄表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紀錄： | | | 輔導日期： 年 月 日 | | | 紀錄： | | | 輔導日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本資料 <table border="1"> <tr> <td>醫事服務機構名稱</td> <td></td> <td>地址</td> <td></td> </tr> <tr> <td>醫事服務機構代碼</td> <td></td> <td>負責人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受訪者及職稱</td> <td></td> <td>輔導人員</td> <td></td> </tr> <tr> <td>確診資格</td> <td><input type="checkbox"/>是；<input type="checkbox"/>否</td> <td>確診及治療資格</td> <td><input type="checkbox"/>是；<input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td colspan="4">篩檢資格查詢方式(可複選) <input type="checkbox"/>無、<input type="checkbox"/>醫事服務機構內醫療資訊系統(篩檢資料)、 <input type="checkbox"/>健保卡查詢、<input type="checkbox"/>口腔癌篩檢VPN系統、<input type="checkbox"/>其他</td> </tr> </table> | | | | | | 醫事服務機構名稱 | | 地址 | | 醫事服務機構代碼 | | 負責人 | | 受訪者及職稱 | | 輔導人員 | | 確診資格 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | 確診及治療資格 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | 篩檢資格查詢方式(可複選) <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構內醫療資訊系統(篩檢資料)、 <input type="checkbox"/> 健保卡查詢、 <input type="checkbox"/> 口腔癌篩檢VPN系統、 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | 基本資料 <table border="1"> <tr> <td>醫事機構名稱</td> <td></td> <td>地址</td> <td></td> </tr> <tr> <td>醫事機構代碼</td> <td></td> <td>負責人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受訪者及職稱</td> <td></td> <td>輔導人員</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | 醫事機構名稱 | | 地址 | | 醫事機構代碼 | | 負責人 | | 受訪者及職稱 | | 輔導人員 | | 一、修正口腔黏膜檢查業務主管機關。 二、新增「確診資格」、「確診及治療資格」、「篩檢資格查詢方式(可複選)」、「篩檢結果」欄位，及「陽性個案追蹤確診」說明內容，以利具體掌握實地輔導醫院之確診資格及執行口腔黏膜檢查流程。 | | | | | |
| 醫事服務機構名稱 | | 地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事服務機構代碼 | | 負責人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受訪者及職稱 | | 輔導人員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確診資格 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | 確診及治療資格 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 篩檢資格查詢方式(可複選) <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構內醫療資訊系統(篩檢資料)、 <input type="checkbox"/> 健保卡查詢、 <input type="checkbox"/> 口腔癌篩檢VPN系統、 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事機構名稱 | | 地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事機構代碼 | | 負責人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受訪者及職稱 | | 輔導人員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪查紀錄 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>醫事服務機構自評</th> <th>輔導單位訪視</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>篩檢陰性個案之衛教 (建議流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | 項目 | 醫事服務機構自評 | 輔導單位訪視 | 確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 篩檢陰性個案之衛教 (建議流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 訪查紀錄 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>醫事機構自評</th> <th>輔導單位訪視</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>篩檢陰性個案之衛教 (建議流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td>篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程)</td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> <td> <input type="checkbox"/>完整執行 <input type="checkbox"/>部分執行 <input type="checkbox"/>無此流程 <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | 項目 | 醫事機構自評 | 輔導單位訪視 | 確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 篩檢陰性個案之衛教 (建議流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 項目 | 醫事服務機構自評 | 輔導單位訪視 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 篩檢陰性個案之衛教 (建議流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 項目 | 醫事機構自評 | 輔導單位訪視 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名(必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提供口腔黏膜檢查服務 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 篩檢陰性個案之衛教 (建議流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤 (必要流程) | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 完整執行 <input type="checkbox"/> 部分執行 <input type="checkbox"/> 無此流程 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽檢篩檢表單資料 10 份 (陽性個案：醫院至少 5 份、診所或衛生所至少 3 份；若無，應於其他記錄事項中敘明原因) | | | | | | 抽檢 102 年 6 月後病歷及篩檢表單資料 10 份 (陽性個案：醫院至少 5 份、診所或衛生所至少 3 份；若無，應於其他記錄事項中敘明原因) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽檢序位 | 基本資料 | 民眾簽名 | 篩檢資料 | 篩檢結果 | 陽性個案追蹤確診 (未完成追蹤免填) | 備註 | 抽檢序位 | 基本資料 | 民眾簽名 | 篩檢資料 | 陽性個案追蹤確診 (陰性個案免填) | 備註 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一 | <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整 | <input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 異常結果： _____ | 1. <input type="checkbox"/> 在原診所追蹤 2. <input type="checkbox"/> 本院確診醫院複檢 <input type="checkbox"/> 有切片； <input type="checkbox"/> 無切片 3. <input type="checkbox"/> 他院確診醫院複檢 <input type="checkbox"/> 有切片； <input type="checkbox"/> 無切片 | | 一 | <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 部分完整 <input type="checkbox"/> 不完整 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 部分完整 <input type="checkbox"/> 不完整 | <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 部分完整 <input type="checkbox"/> 不完整 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |