

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP^{註1})

補助費用申請注意事項

108 年 01 月 31 日制定

110 年 11 月 21 日修訂

114 年 11 月 04 日修訂

壹、依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 6 條，疾病管制署(下稱疾管署)為防止相關人員因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒(HIV)之血液或體液，得補助其暴露愛滋病毒後預防性投藥(PEP^{註2})相關費用，特訂定本注意事項。

貳、費用補助對象：

一、醫事人員或醫療相關工作人員等因診療、處置或照護 HIV 感染者或因執行業務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染風險者。

二、警察、消防及救護技術員等(包含志、義工)因執行職務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染風險者。

三、其他因執行職務而發生事故，疑似有暴露 HIV 感染之風險者。

參、oPEP 補助申請資格及程序：

一、申請資格：符合費用補助對象，且經醫師評估須進行預防性投藥(PEP)及追蹤檢驗者，由疾管署全額補助 oPEP 之醫療處置費用，包含 HIV 檢驗(請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗)、HIV 預防性投藥、診察費、藥事服務費、掛號費、部分負擔等。

二、HIV 檢驗注意事項：

- (一) HIV 檢驗請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗(HIV Ag/Ab 複合型檢驗)，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)、暴露後 4-6 週及 12 週(3 個月)後，若於 12 週(3 個月)後追蹤結果為陰性，即可排除感染。詳細檢驗流程資訊請參閱疾管署愛滋防治工作手冊第一章：預防策略之第四節圖 1-2 因執行職務意外暴露愛滋病毒事件之處理流程。
- (二) 如有未依時程檢驗之個案，請衛生局主動提醒個案儘速完成追蹤檢驗；若個案因故無法至醫療院所進行最後一次追蹤檢驗，請追蹤個案於暴露 12 週(3 個月)後可改採愛滋自我篩檢(需自費)，並將愛滋自我篩檢結果合併健保卡或身分證/護照同時拍攝之照片提供衛生局公衛人員確認及完成愛滋追管系統登錄。
- (三) 若 HIV 初步檢驗陽性需進行確認檢驗，包含抗體免疫層析確認檢驗(ICT)、分子生物學核酸檢測(NAT)等，費用直接申報健保。

三、申請程序：

- (一) 暴露者之工作單位應於暴露事件發生後，1 週內將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)送所在地衛生局，

以利提供諮詢及輔導，並由衛生局於收到通報單後 1 週內完成疾管署愛滋追管系統案件登錄作業(包含：個案資料填報及上傳通報單)。

(二) 暴露者依醫囑完成 oPEP 藥物療程及 HIV 追蹤檢驗(請使用 HIV 抗原/抗體複合型初步檢驗)後，暴露者之工作單位(即案件通報單位)應協助儘速檢具下列資料(自暴露日起至遲 6 個月內提出，如超過 6 個月未提出申請，則視為逾期不予受理)，函送所在地衛生局進行預防性投藥之相關醫療處置費用補助初審：

1. 因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(附件一)
2. 申請單位領據(請檢附申請補助當年度之請款收據，附件二範本供參)

註：若暴露者為疾管署所屬相關人員，則依署內核銷流程辦理(附件三供疾管署人員參考使用)

3. 醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)
4. 費用明細(附件四範本供參)
5. 病歷摘要
6. oPEP 血液追蹤紀錄單(附件五)

7. 申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊(含金融機構名稱、代碼、帳號、戶名)

(三) 衛生局檢核後請於「因執行職務意外暴露愛滋病毒性投藥(oPEP)補助費用檢核表」(附件六)確認完成勾選及填復後予單位主管核章，前揭相關單據(包含：醫療費用收據正本、病歷摘要等)留存衛生局備查。

(四) 請衛生局完成案件初審後，將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)、「申請單位領據」、「費用明細」、「oPEP 血液追蹤紀錄單」(附件五)、「申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊」及「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表」(附件六)函送至疾管署所轄各區管制中心進行複審。

(五) 疾管署所轄各區管制中心於收到衛生局之核銷資料後，請提供「申請單位領據」、「費用明細」、「申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊」及「因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表」至疾管署主計室辦理核銷。

(六) 若暴露者為疾管署所屬相關人員，請發生事件之單位於 1 週內將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)上

傳愛滋追管系統並進行案件登錄作業，補助費用申請流程由單位檢具相關文件(如第(二)點 1-7 項)進行審核，並將相關文件提供疾管署主計室辦理核銷。

肆、衛生局接獲通報因執行職務意外暴露愛滋病毒事件後，應提供暴露者及其工作單位諮詢服務(如輔導儘速就醫、向工作單位報告暴露事件、遵醫囑服藥、定期追蹤檢驗 HIV，及自暴露日起至遲 6 個月內提出預防性投藥費用補助申請等)。

伍、倘經檢驗確診為 HIV 感染，醫療院所應依法通報；若是配合主管機關提供感染者服務工作或執行「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」相關工作而感染愛滋病毒者，可依據「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」向服務機關(構)申請補償金。

因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單

填表單位			填表日期	年 月 日	編號	
基 本 資 料 案	一、姓名：_____ 身分證字號：_____ 生理性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 職稱：_____ 服務單位/電話：_____ / 服務年資：_____ 出生日期：_____ 就醫單位：_____					
	二、暴露來源： <input type="checkbox"/> 來源不明 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
發 生 時 間	年 月 日 時 分 點	發 生 地 點	<input type="checkbox"/> 職場內：_____ <input type="checkbox"/> 職場外：_____	暴 露 源 種 類	<input type="checkbox"/> 一般注射針器 <input type="checkbox"/> 頭皮針 <input type="checkbox"/> 縫針、刀片 <input type="checkbox"/> 靜脈留置針 <input type="checkbox"/> 血糖測試針 <input type="checkbox"/> 採血尖銳物 <input type="checkbox"/> 外科器械 <input type="checkbox"/> 玻璃片 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
事 件 類 別	當 時 情 況	<input type="checkbox"/> 針頭回套未對準或戳破 <input type="checkbox"/> 清理或清除用物時 <input type="checkbox"/> 針頭彎曲或折斷 <input type="checkbox"/> 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 <input type="checkbox"/> 尖銳針器隱藏其他物品中 <input type="checkbox"/> 注射/加藥時 <input type="checkbox"/> 病人躁動 <input type="checkbox"/> 解開器具配備時/清洗用物時 <input type="checkbox"/> 尖銳針器突然掉落 <input type="checkbox"/> 暴露病人血液中 <input type="checkbox"/> 抽血時 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	行政管理	<input type="checkbox"/> 工作人員管理問題 <input type="checkbox"/> 環境設備管理問題 <input type="checkbox"/> 作業流程設計問題 <input type="checkbox"/> 其他，說明：_____				
發 生 原 因	<input type="checkbox"/> 環境傷害因素 <input type="checkbox"/> 設施/設備因素 <input type="checkbox"/> 人為疏失 <input type="checkbox"/> 技術不良 <input type="checkbox"/> 其他因素：_____					
發 生 經 過	※描述事發經過：					
	扎傷部位及深度(敘述)：					
	扎傷物品已污染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知					
	扎傷次數： <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 曾扎傷過，第 _____ 次					
	工作中戴手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
處 理 過 程	感染源是否為 HIV 高危險群： <input type="checkbox"/> 是(請留下 ID：_____) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知					
	立即通知： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他相關科室 _____					
	立即處理： <input type="checkbox"/> 扎傷處緊急處理 <input type="checkbox"/> 流動的水沖洗 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 包紮 <input type="checkbox"/> 暴露黏膜大量沖水 <input type="checkbox"/> 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液					
	後續處理： <input type="checkbox"/> 於醫院 _____ 科掛號看診；是否進行暴露愛滋病毒後預防性投藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 通報勞安室 <input type="checkbox"/> 其它：_____					
	證明人： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他人員 _____					

註 1：請於發生暴露後 24 小時內向工作單位報告，以利儘快預防性投藥，並於 1 週內將本通報單送所在地衛生局備查，以利提供諮詢與輔導。

註 2：請於自暴露日起至遲 6 個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過 6 個月未提出申請，則視為逾期不予受理。

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用領據

茲 向

衛生福利部疾病管制署(領)到

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)

補助費用

新台幣 萬 仟 佰 拾 元整

此 據

單位：

具領人職別：

姓名：

身分證統一編號：

地址：

蓋章：(大小章)

中華民國 年 月 日

註：請於自暴露日起至遲 6 個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過 6 個月
未提出申請，則視為逾期不予受理。

衛生福利部疾病管制署
支出憑證黏存單

所屬年度：

傳票（付款憑單）編號：							黏貼單據 張
第 號	工作（或業務）計劃：						用途別
	金額						用途摘要
	十	萬	千	百	十	元	

經辦單位	驗收或證明	主計室	機關長官

衛生福利部疾病管制署
因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用申請表

申請人		職稱		出生年月日	
申請日期		檢查日期		檢查醫浣	
補助金額	新台幣		元整	具領人蓋章	

憑證黏貼處

費用明細

就診日期	收費項目	自費金額(元)	申請補助金額(元)
	掛號費		
	藥品費		
	藥事服務費		
	檢驗費		
	...		
	...		
	...		
	...		
	...		
	總計申請補助金額(元)		

oPEP 血液追蹤紀錄單

暴露者姓名	暴露事件發生日				
檢驗報告	感染源	暴露者			備註
		暴露當時	暴露後4-6週	暴露後12週(3個月)	
HIV					請使用 HIV 抗原/抗體複合型檢驗，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)，暴露後 4-6 週及 12 週(3 個月)，若 12 週(3 個月)後追蹤結果為陰性，即可排除感染
HBsAg					若暴露當時基礎值檢驗無異常或無特殊臨床狀況，則不須進行後續 4 - 6 週及 12 週(3 個月)追蹤檢驗
Anti-HBs					
Anti-HCV					
RPR/VDRL					若無法排除感染源之感染疑慮，可評估是否進行 4 - 6 週及 12 週(3 個月)追蹤檢驗
SGOT(AST)					若暴露當時基礎值檢驗無異常或無特殊臨床狀況，則不須進行後續 4 - 6 週及 12 週(3 個月)追蹤檢驗
SGPT (ALT)					

抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：

實際服藥天數：_____天

實際服藥天數不足28天之原因：

病人自行停藥
因副作用經與醫師討論後停藥
暴露源HIV檢驗陰性排除感染疑慮
其他，請說明原因_____

服藥後之副作用：

其它追蹤說明(含須進行追蹤檢驗但未受檢等)：

註：請於自暴露日起至遲 6 個月內向所在地衛生局提出補助費用申請，如超過 6 個月未提出申請，則視為逾期不予受理。

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)補助費用檢核表

機關名稱： 機關提出申請日期(初審)： 年 月 日				
補助項目	檢核項目	檢核情形 (符合請打勾)	需繳回疾管署 之文件	備註
oPEP 補助費用	因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(如附件一)		V	
	申請單位領據(請檢附申請補助當年度之請款收據)或依疾管署核銷流程辦理 (僅限疾管署人員)		V	
	醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)			
	費用明細		V	
	病歷摘要			
	oPEP 血液追蹤紀錄單(如附件五)		V	
	申請單位匯款帳號存摺影本或匯款資訊		V	
檢核人員： 檢核日期： 年 月 日				
單位主管：				