

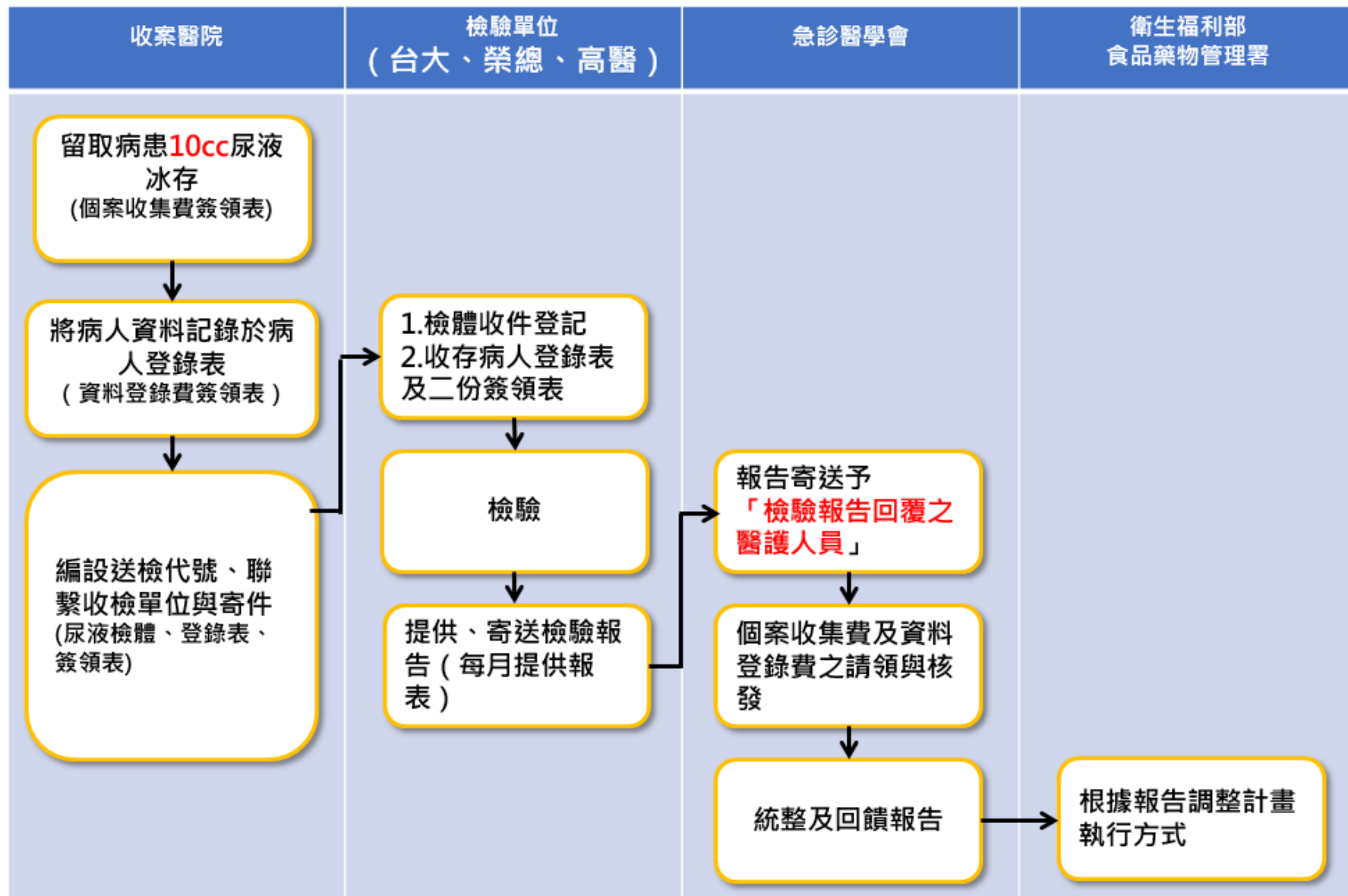
濫用藥物尿液篩檢計畫 檢體物流寄送資訊





- ❖ 此簡報為**物流調整說明**(公文號：急仁字第**1100000089**號)
- ❖ 為提升檢體運送流程品質，故調整物流公司及運送流程
- ❖ 「醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」計畫說明詳見公文號：急仁字第**1100000004**號

收案標準化流程規劃



收案作業流程



疑似藥物濫用個案



治療醫師或護理師收案、採檢
留取病患 **10 cc**小便冰存
聯絡各院負責送檢人員



各院負責送檢人員
編設送檢代號
聯繫收檢單位與寄件



各送檢醫院接收報告
完成結果登錄



定期統整報告
回饋予各相關單位

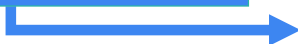
收案條件
請參考NPS收案參考標準

收案獎金
個案收集費：350元/例
資料登錄費：150元/例

檢驗單位
收件、檢測



急診醫學會
報告寄送、獎金請領

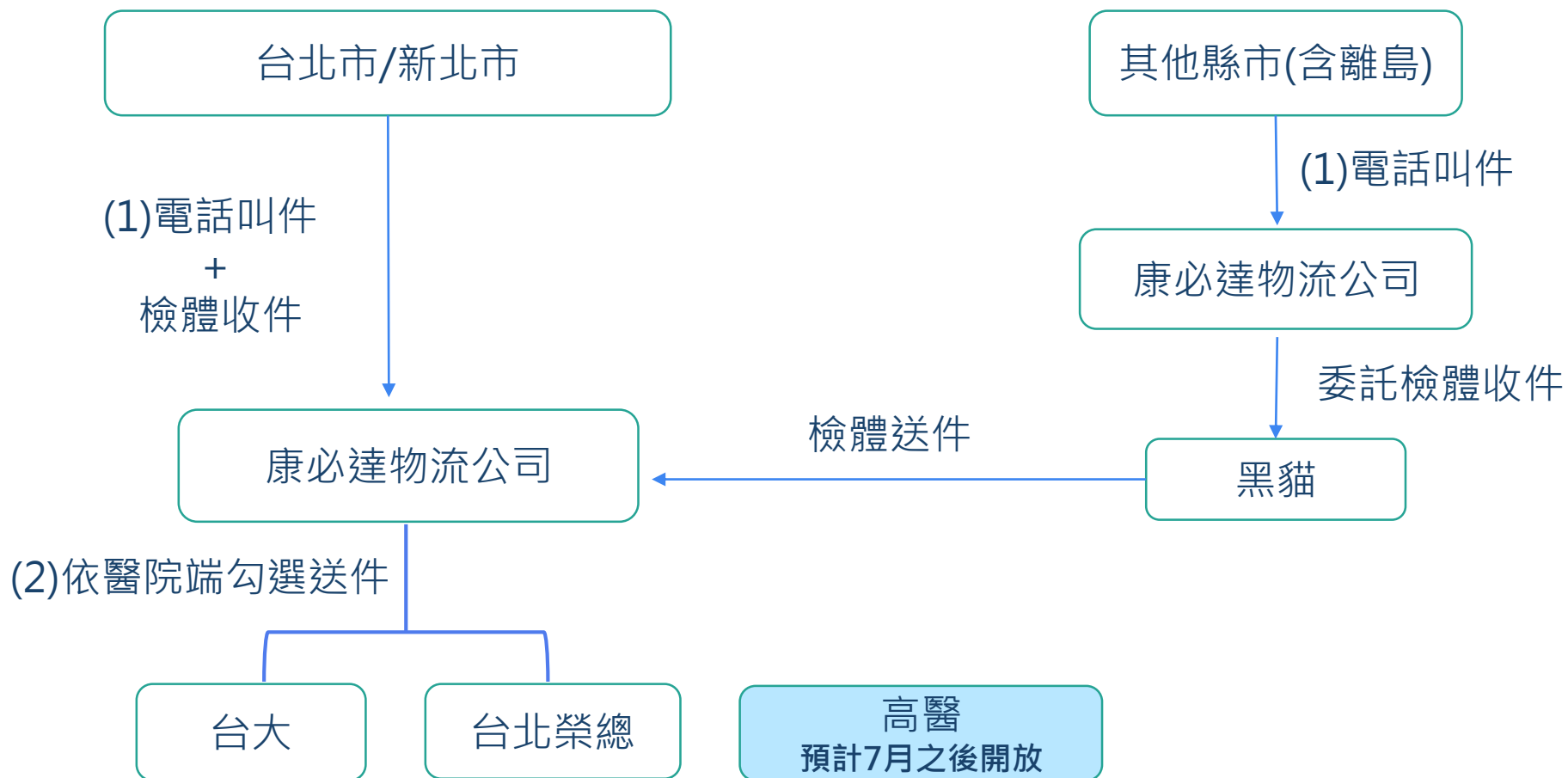


物流調整項目



- ❖ **物流公司：3/14後委由【康必達醫療儀器有限公司】協助運送檢體**
 - 物流於2/22~3/5陸續寄送保冰劑與物流單
- ❖ **送檢單位：預計7月後新增【高雄醫學大學附設中和醫院檢驗醫學部毒物室】**
- ❖ **衛材：新增【保冰劑】，兩個平放於紙盒內**
- ❖ **物流單：台北市及新北市物流單由康必達提供(無需自行填寫)；其他縣市(含離島)則請寄件者提供寄件資訊，由黑貓宅急便列印後帶至醫院黏貼(需自行填寫日期與送檢實驗室)。**

尿液檢體運送流程調整



流程簡介




❖ 保冰劑需預先冷凍半小時

❖ 將檢體打包成slide 10第6步驟

❖ 勾選送檢機構

- 紙盒上貼有物流公司聯繫資訊及送檢實驗室勾選，檢體包好後請寄件者勾選送檢實驗室並連繫物流公司，如下圖：

康必達醫療儀器 叫件專線:朱小姐 0927-661507
收件時間: (非國定假日) 週一至週五08:30-15:00
週六 08:30-10:30
「醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」
台大 北榮 高醫  社團法人台灣急診醫學會

❖ 叫件：聯繫物流公司提供寄件人資訊

❖ 取件：單位確認物流單資訊並勾選送檢機構



衛材內容



與專業低溫宅配的物流公司合作

❖ 運送內容

- 檢體(尿液)
- 包材(滅菌試管、檢體標籤貼紙、檢體袋、紙盒、保冰劑)
- 病人登錄表及簽領表 (A3)
- 託運表單(物流收件時提供)

醫院端收檢使用相關衛材

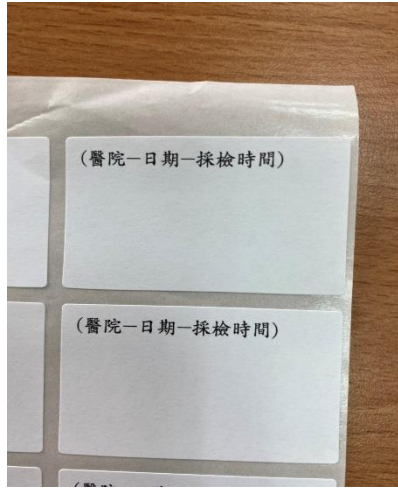


❖ 衛材皆由學會提供，請致電至學會告知所需份數

10ml滅菌管



檢體標籤貼紙



檢驗袋



白色紙盒



110年病人登錄表

110年疑似 NPS 嚴重病人登錄表 (病人姓名: _____ 電話: _____)

醫師姓名: _____ 醫師電話: _____ 診 診 時間: _____ 診 診 地點: _____

送檢醫院: 台大 仁愛 林森 中興 陽明 國泰 長庚 慈濟

送檢時間: _____ 送檢地點: _____ 送檢人員: _____

病人姓名: _____ 性別: _____ 年齡: _____ 身分證號: _____

住家地址: _____ 聯絡電話: _____ 緊急聯絡人: _____

送檢原因: _____ 症狀描述: _____ 檢驗結果: _____

醫師簽名: _____ 日期: _____

110年疑似 NPS 嚴重病人登錄表 (病人姓名: _____ 電話: _____)

醫師姓名: _____ 醫師電話: _____ 診 診 時間: _____ 診 診 地點: _____

送檢醫院: 台大 仁愛 林森 中興 陽明 國泰 長庚 慈濟

送檢時間: _____ 送檢地點: _____ 送檢人員: _____

病人姓名: _____ 性別: _____ 年齡: _____ 身分證號: _____

住家地址: _____ 聯絡電話: _____ 緊急聯絡人: _____

送檢原因: _____ 症狀描述: _____ 檢驗結果: _____

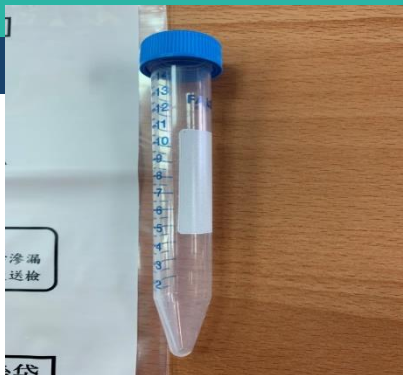
醫師簽名: _____ 日期: _____

收據標準化處理原則

收據標準化處理原則

收據標準化處理原則

包材樣本及檢體封裝步驟



1 試管裝尿液檢體
並貼上標籤貼紙



2 檢體袋內袋



3 檢體袋外袋

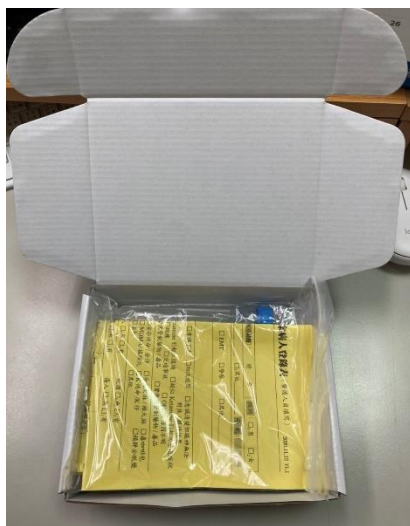


4 尿液檢體置於**內袋**
病人登錄表置於**外袋**



5

保冰劑2包平放紙盒內
(保冰劑至少要預先冷凍半小時)



6 將圖4放入紙盒內
(不限檢體支數)

1. 新增保冰劑，如圖5，一次使用2個，平放即可(預先冷凍時建議平放以便放入紙盒)
2. 檢體盒內可置放多支檢體，如圖4包裝，但不要硬塞

電話叫件



❖ 康必達醫療儀器有限公司

❖ 叫件時間：

非國定假日

週一至週五 08：30~15：00

週六 08：30~10：30



下午叫件後，若物流前往取件但協助送檢同仁已下班，請將檢體放置收發室(或任一指定地點)，檢體當日18：00前仍能完成收件

❖ 連絡電話：

朱小姐 0927-661-507

檢體收送表單 (例)



台北、新北地區

康必達醫療儀器有限公司

運送服務派車單

310001

年 月 日

客戶代碼：

服務員：

客戶名稱：

貨品查詢碼：

紅框：醫院端寄件人資訊。
醫院叫件後提供寄件人資訊，由物流將寄件人資訊填寫於紅框內

寄件人	取件地點	縣/市 鄉鎮市區	貨品類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 報值 <input type="checkbox"/> 收款
	電話/手機		貨品尺寸	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 其他_____
	姓名		運送類別	<input type="checkbox"/> 常溫 <input type="checkbox"/> 低溫 <input type="checkbox"/> 冷凍
收件人	收件地點	<input type="checkbox"/> 台大毒物鑑定檢驗中心 台北市中山南路7號3樓	備 註	簽 收 欄
	連絡電話	<input type="checkbox"/> 台北榮總臨床毒物醫學科 台北市石牌路二段201號		
	康必達 朱小姐 0927-661-507 台灣急診醫學會 02-2311-4573	<input type="checkbox"/> 高雄醫學大學附設醫院 高雄市自由一路100號		
			年 月 日 時	

藍框：由寄件者自行勾選
(與紙盒上貼紙相同)。

檢體收送表單 (例)



其他地區

紅框：醫院端寄件人資訊。
醫院叫件後提供寄件者資訊，
物流公司會將資訊印至物流單，
司機攜帶印好的物流單至醫院
確認資訊並收取檢體
醫院端僅需修改收貨日期。

藍框：由寄件者自行勾選(與
紙盒上貼紙相同)。

31	包裹查詢號碼 9066-9224-0003		
收貨日	希望配達日	希望配達時間	發貨所
2021-02-01	2021-02-02	13點前	中和一營業所
收件人	23515S 新北市中和區橋和路177之1號		
寄件人	康必達醫療儀器 02-82614288 0916-192-029		
品名	代收貨款 不收款		
0015-其他	0015-其他		
訂單編號	T0201001		
31-235-15-S 21013101 e3.2.8			
收貨日	希望配達日	希望配達時間	發貨所
2021-02-01	2021-02-02	13點前	中和一營業所
收件人	新新北市中和區橋和路177之1號		
寄件人	康必達醫療儀器 02-82614288 0916-192-029		
品名	代收貨款 不收款		
0015-其他	0015-其他		
訂單編號	T0201001		
客代	2845473401	收貨日	2021-02-01
單號	9066-9224-0003	代收貨款	不收款
冷藏			
備註 請勾選 0台大 0北榮 0高醫			
尺寸 60cm 冷藏			
QR Code			
此郵碼版本適用於 02/01 至 02/28			
託運單號	9066-9224-0003		
收貨日	希望配達日	希望配達時間	代收貨款
2021-02-01	2021-02-02	13點前	不收款
收件人	23515S 新北市中和區橋和路177之1號		
寄件人	康必達醫療儀器 02-82614288 0916-192-029		
品名	代收貨款 不收款		
0015-其他	0015-其他		
訂單編號	T0201001		
客代	2845473401	代收貨款	不收款
單號	9066-9224-0003	寄件人簽名	
冷藏			
QR Code			



110年計畫說明請參考急診醫學會網站：

<https://www.sem.org.tw/News/13/Details/502>

或

聯絡計畫助理：

黃佳馨02-2371-9817分機13

黃珮涵02-2371-9817分機17



登錄表填寫說明



1 110年疑似NPS收案病人登錄表 (醫護人員填寫) 2020.11.12 V1.1

編號 (醫院-日期-採檢時間)

如：雲林長庚-0301-1110

就診日期： 年 月 日 就診時間 (24小時制)： 時 分 性別：男 女

患者發現處：1 自宅 2 公司 3 公共場所 4 其他 年齡：

主訴者：
(可複選) 5 病人 朋友 家人 EMT 警察 其他

主訴：
(詳細說明) 6

7 譫妄/Acute psychosis/言語怪異 意識不清 初次癲癇 意識清楚但眼神無法對焦/眼神怪異

收案原因：
(可複選) 交感神經興奮症候群 疑似 Ketamine 引起上腹痛 疑似 Ketamine 引起泌尿道症狀

自殺 自傷 傷人 跳樓 交通事故 OHCA 原因不明

患者主訴使用藥品：
(可複選) 嗎啡/魔啡 安非他命/安仔 合成大麻/辣大麻 毒咖啡包

8 柯鹼/快克 大麻/草/飯 MDMA/搖頭丸 K他命/K仔 鎮靜安眠藥

9 酒精 笑氣 未知 其他

患者概況：
(可複選) 外傷 0 無 1 有 院外轉入 0 無 1 有 飲酒 0 無 1 有

生命徵象：
(急診檢傷) Temp °C HR /min RR /min BP / mmHg SpO2

10 0 無 1 有 攻擊行為 0 無 1 有 自傷 0 無 1 有 傷人 0 無 1 有

11 GCS 總分 Seizure 尿失禁 臉部潮紅 (flush)

12 1 正常 2 不正常 3 無呼吸 1 正常 2 慢 3 快 1 有 0 無

理學檢查：
13 胃汗 (sweating) 幻覺 瞳孔 肌震顫 (myoclonus)

14 1 有 0 無 1 有 0 無 1 正常 2 放大 (≥5) 3 縮小 (≤2) 4 不等大

病史/理學檢查之特殊發現：
(詳細說明) 15

16 本次就醫急診醫師用藥：
Haloperidol Ketamine Morphine BZD 其他

17 門診/他院用藥史：
Ketamine Morphine Trazodone Codeine Fentanyl 美沙冬 未知/其他 無

18 患者是否死亡：
1 是，1 到院前死亡 0 否，3 急診出院 4 轉診至

19 離院急診： 日期： 年 月 日 時間 (24小時制)： 時 分

檢驗報告回覆之醫療人員： 姓名 部門 電話

20 之醫療人員： E-mail

3
4

序號	欄位名稱	說明
1.	表單標題	加註民國年份以茲區別
2.	編號方式	填寫「醫院-日期-採檢時間」，例如：雲林長庚-0301-1110 (檢體標籤貼紙請書寫同樣編號)
3.	就診日期	填寫個案進入急診日期
	就診時間	填寫個案進入急診時間 (24小時制)
4.	性別	勾選個案生理性別
	患者發現處	勾選個案被他人發現有就醫需求的地點
	年齡	填寫個案年齡
5.	主訴者	勾選主訴個案情況者 (可複選)
6.	主訴	詳細填寫個案主訴

14
15
16
17

1 110年疑似NPS收案病人登錄表 (醫護人員填寫) 2020.11.12 V1.1

編號 (醫院-日期-採檢時間)

如：雲林長庚-0301-1110

就診日期： 年 月 日 就診時間 (24小時制)： 時 分 性別：男 女

患者發現處：1 自宅 2 公司 3 公共場所 4 其他 年齡：

主訴者：
(可複選) 5 病人 朋友 家人 EMT 警察 其他

主訴：
(詳細說明) 6

收案原因：
(可複選) 7 譫妄/Acute psychosis/言語怪異 意識不清 初次癲癇 意識清楚但眼神無法對焦/眼神怪異
交感神經興奮症候群 疑似 Ketamine 引起上腹痛 疑似 Ketamine 引起泌尿道症狀
自殺 自傷 傷人 跳樓 交通事故 OHCA 原因不明
主訴用管制藥物/毒品 懷疑用管制藥物/毒品 曾使用管制藥物/毒品

患者主訴使用藥品：
(可複選) 8 嗎啡/魔啡 安非他命/安仔 合成大麻/辣大麻 毒咖啡包
柯鹼/快克 大麻/草/飯 MDMA/搖頭丸 K他命/K仔 鎮靜安眠藥
酒精 笑氣 未知 其他

患者概況：
(可複選) 9 外傷 0 無 1 有 院外轉入 0 無 1 有 飲酒 0 無 1 有
 攻擊行為 0 無 1 有 自傷 0 無 1 有 傷人 0 無 1 有 10

生命徵象：
(急診檢傷) Temp °C HR /min RR /min BP / mmHg SpO2 11

GCS 總分 Seizure 尿失禁 臉部潮紅 (flush)
2 昏睡/迷 3 譫妄 1 有 0 無 1 有 0 無 1 有 0 無

理學檢查：
12 腸音 肌震顫 (myoclonus)
1 正常 2 不正常 3 無呼吸 1 正常 2 慢 3 快 1 有 0 無

冒汗 (sweating) 幻覺 瞳孔
1 有 0 無 1 有 0 無 1 正常 2 放大 (≥5) 3 縮小 (≤2) 4 不等大

病史/理學檢查
之特殊發現：
(詳細說明) 13

本次就醫急診醫師用藥：
Haloperidol Ketamine Morphine BZD 其他
Codeine Fentanyl

門診/他院用藥史：
Ketamine Morphine Trazodone Codeine
Fentanyl 美沙冬 未知/其他 無

患者是否死亡：
1 是， 1 到院前死亡 0 否， 3 急診出院 4 轉診至
2 急診死亡 5 急診留觀 住院 6 一般病房 7 加護病房

離開急診： 日期： 年 月 日 時間 (24小時制)： 時 分 17

檢驗報告回覆之醫療人員： 姓名 18 部門 電話 E-mail

序號	欄位名稱	說明
7.	收案參考標準	勾選將個案收案之原因 (可複選)
8.	患者主訴使用藥品	勾選個案「主訴」使用之藥品 (可複選)
9.	患者概況(上排)	勾選個案入院之情形 (可複選)
10.	患者概況(下排)	勾選個案攻擊行為狀況 先判斷是、否有攻擊行為 再判斷為自傷(含自殺意圖/嘗試/行為)或傷人(含傷他人/物)
11.	生命徵象	填寫個案急診檢傷的體溫、心跳、呼吸數、血壓、血氧濃度，共計5項
12.	理學檢查	勾選個案理學檢查結果： GCS總分(1-15分)、GCS程度判別(清醒、昏睡、譫妄)、瞳孔、肌震顫、呼吸音、腸音、尿失禁、幻覺、冒汗、臉部潮紅、Seizure，共計10項

14

15

16

17

1 110年疑似NPS收案病人登錄表 (醫護人員填寫) 2020.11.12 V1.1

編號 (醫院-日期-採檢時間)

如：雲林長庚-0301-1110

就診日期： 年 月 日 就診時間 (24小時制)： 時 分 性別：男 女

患者發現處：1 自宅 2 公司 3 公共場所 4 其他 年齡：

主訴者：
(可複選) 5 病人 朋友 家人 EMT 警察 其他

主訴：
(詳細說明) 6

收案原因：
(可複選) 7 譫妄/Acute psychosis/言語怪異 意識不清 初次癲癇 意識清楚但眼神無法對焦/眼神怪異
交感神經興奮症候群 疑似 Ketamine 引起上腹痛 疑似 Ketamine 引起泌尿道症狀
自殺 自傷 傷人 跳樓 交通事故 OHCA 原因不明
主訴用管制藥物/毒品 懷疑用管制藥物/毒品 曾使用管制藥物/毒品

患者主訴使用藥品：
(可複選) 8 嗎啡/魔啡 安非他命/安仔 合成大麻/辣大麻 毒咖啡包
柯鹼/快克 大麻/草/飯 MDMA/搖頭丸 K他命/K仔 鎮靜安眠藥
酒精 笑氣 未知 其他

患者概況：
(可複選) 外傷 0 無 1 有 院外轉入 0 無 1 有 飲酒 0 無 1 有
攻擊行為 0 無 1 有 自傷 0 無 1 有 傷人 0 無 1 有 10

生命徵象：
(急診檢傷) Temp °C HR /min RR /min BP / mmHg SpO2 11

理學檢查：
12 GCS 總分 Seizure 尿失禁 臉部潮紅 (flush)
2 昏睡/迷 3 譫妄 1 有 0 無 1 有 0 無 1 有 0 無
聽音 肌震顫 (myoclonus)
1 正常 2 不正常 3 無呼吸 1 正常 2 慢 3 快 1 有 0 無
冒汗 (sweating) 幻覺 瞳孔
1 有 0 無 1 有 0 無 1 正常 2 放大 (≥5) 3 縮小 (≤2) 4 不等大

病史/理學檢查
之特殊發現：
(詳細說明) 13

本次就醫急診醫師用藥：
Haloperidol Ketamine Morphine BZD 其他
Codeine Fentanyl

門診/他院用藥史：
Ketamine Morphine Trazodone Codeine
Fentanyl 美沙冬 未知/其他 無

患者是否死亡：
14 1 是， 1 到院前死亡 0 否， 3 急診出院 4 轉診至
2 急診死亡 5 急診留觀 住院 6 一般病房 7 加護病房 15

離開急診： 日期： 年 月 日 時間 (24小時制)： 時 分 16

檢驗報告回覆之醫療人員： 姓名 18 部門 電話 E-mail

序號	欄位名稱	說明
13.	病史/理學檢查之特殊發現	填寫個案特殊發現，請儘量詳述，以異常結果為主
14.	本次就醫用藥	勾選個案本次就醫用藥或可詳述藥名
15.	門診/他院用藥史	勾選個案門診/他院用藥或可詳述藥名
16.	患者是否死亡	勾選個案是否死亡及其後續情況 死亡為「到院前」或「急診」死亡； 傷者後續是「急診出院」、「轉診(轉診地點詳述)」、「留觀」或「住院(一般/加護病房)」
17.	離開急診	填寫個案離開急診日期、時間，出院、轉診、住院也視同離開急診
18.	檢驗報告回覆之醫療人員	填寫收取本次採檢尿液電子檢驗報告的人員，各醫院可集中同一人收報告，以利各院後續資料統整

具領人之個人資訊



欄位	說明
姓名	具領人姓名
服務單位	具領人服務機構
身分證字號	身分證正面「統一編號」；如您持居留證請註明國籍
戶籍地址	身分證背面「住址」
電話	若屢次轉帳失敗可連絡本人確認資訊的電話
電子郵件	預計轉帳日期將以電子郵件寄送通知

個案收集費簽領表

茲領到社團法人台灣急診醫學會「強化醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」之個案收集費 350 元整。

此 據

具領人

姓 名： 簽名處：
 服務單位：
 身分證字號：
 戶籍地址：
 銀行名稱： 分行：(必填) 帳號：
 電話：_____ 電子郵件：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

資料登錄費簽領表

茲領到社團法人台灣急診醫學會「強化醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」之資料登錄費 150 元整。

此 據

具領人

姓 名： 簽名處：
 服務單位：
 身分證字號：
 戶籍地址：
 銀行名稱： 分行：(必填) 帳號：
 電話：_____ 電子郵件：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



具領人之轉帳資訊



欄位	說明
銀行名稱	具領人帳戶開戶銀行
分行	未填寫完全無法進行轉帳（開戶分行訊息詳見帳戶存摺/手機APP）
帳號	數字填寫務必清晰可辨識

個案收集費簽領表

茲領到社團法人台灣急診醫學會「強化醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」之個案收集費
350元整。

此 據

具領人

姓 名：

簽名處：

服務單位：

身分證字號：

戶籍地址：

銀行名稱：

分行：(必填)

帳號：

電話：

電子郵件：

中 華 民 國 年 月 日

資料登錄費簽領表

茲領到社團法人台灣急診醫學會「強化醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」之資料登錄費
150元整。

此 據

具領人

姓 名：

簽名處：

服務單位：

身分證字號：

戶籍地址：

銀行名稱：

分行：(必填)

帳號：

電話：

電子郵件：

中 華 民 國 年 月 日



注意事項



- ❖ 獎勵金簽領表分為個案收集費(\$350)、資料登錄費(\$150)，個案收集及資料登錄可為不同的具領人，可由醫院/收案人員決定即可，並填寫簽領日期
- ❖ 填寫具領人資訊務必正確、清晰可辨識，俾利撥款轉帳作業。
- ❖ 簽名處務必本人親簽方視為確認領取獎勵金(可草寫)
- ❖ 姓名、親簽、身分證字號、銀行名稱、分行、帳號皆缺一不可，如前述任一資料缺漏將無法進行轉帳作業
- ❖ 轉帳需有銀行+分行，無填寫分行無法進行轉帳，傳統帳戶分行見帳戶存摺；數位帳戶分行號可在手機APP查詢
- ❖ 請您確認寄回之簽領表資料是否正確，填寫錯誤或部分具領人資料正確但不明原因無法轉帳，我們會將簽領表以掛號方式寄回簽領表填寫的服務單位，請您協助修改/補件



Thank You!