

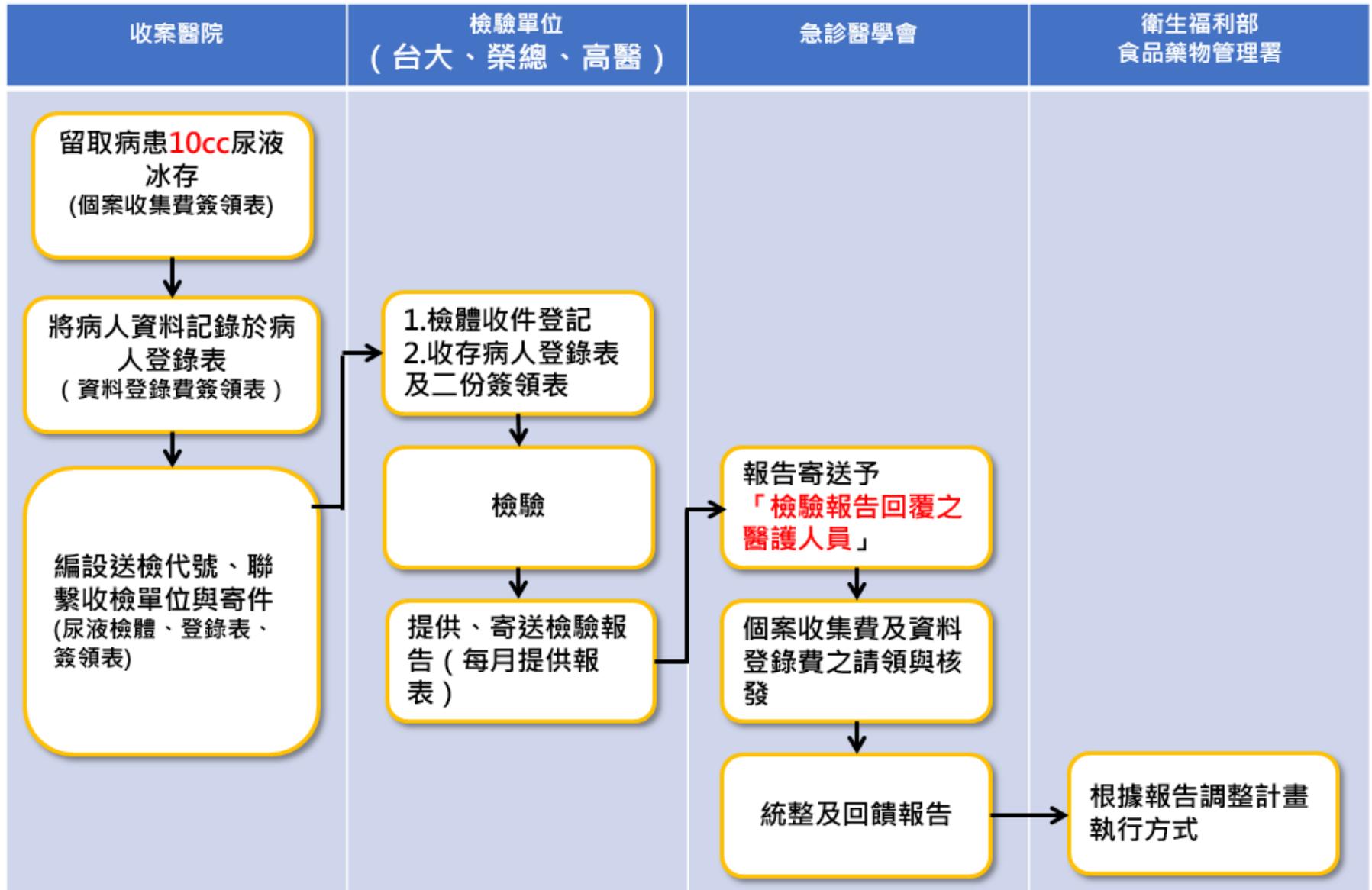
# 濫用藥物尿液篩檢計畫 檢體物流寄送資訊





- ❖ 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

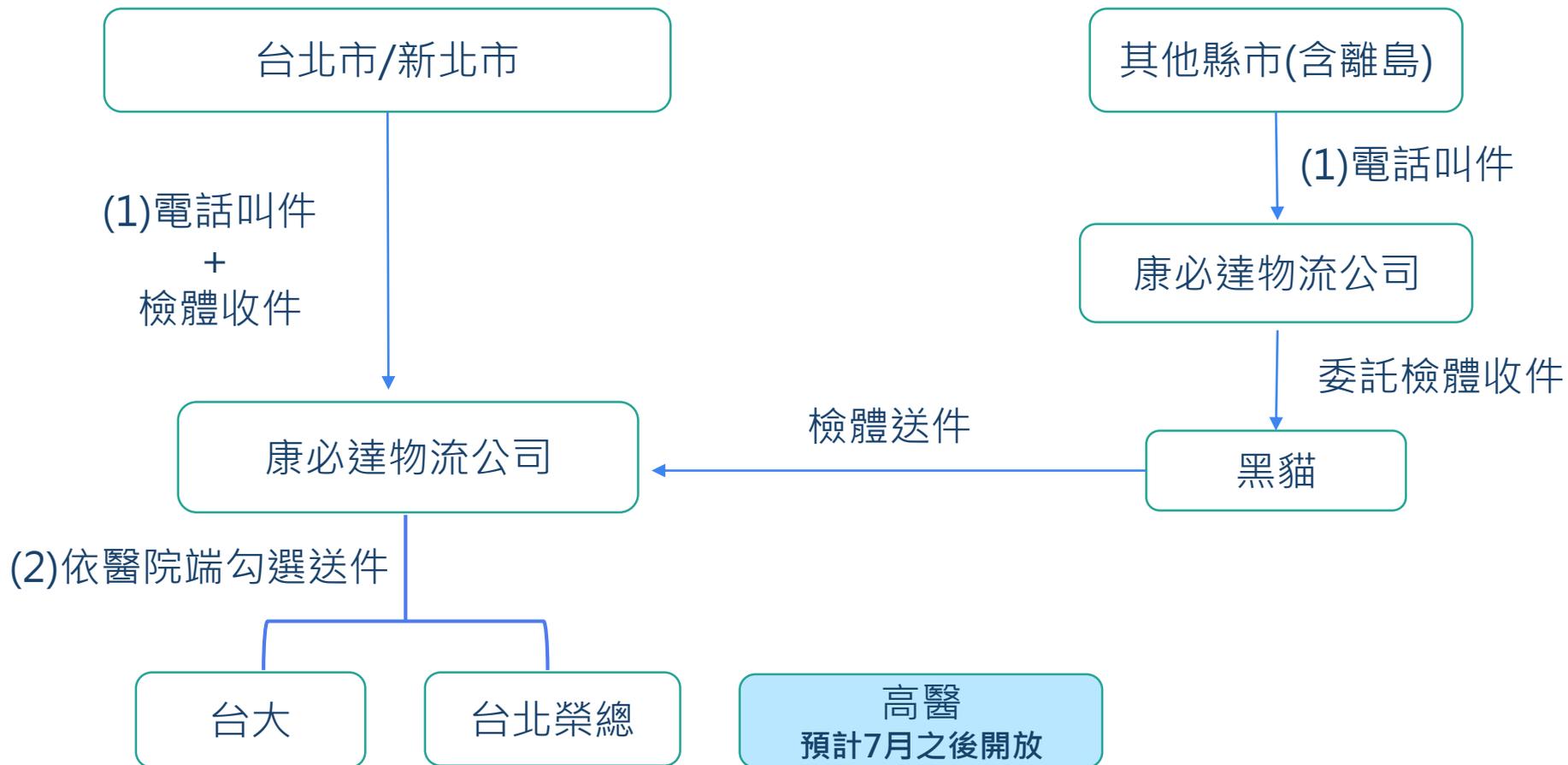


# 物流調整項目



- ❖ **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

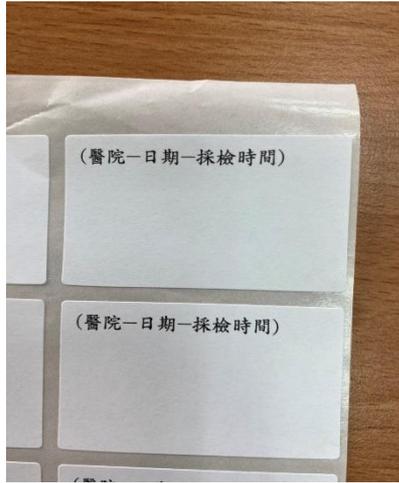


❖ 衛材皆由學會提供，請致電至學會告知所需份數

10ml滅菌管



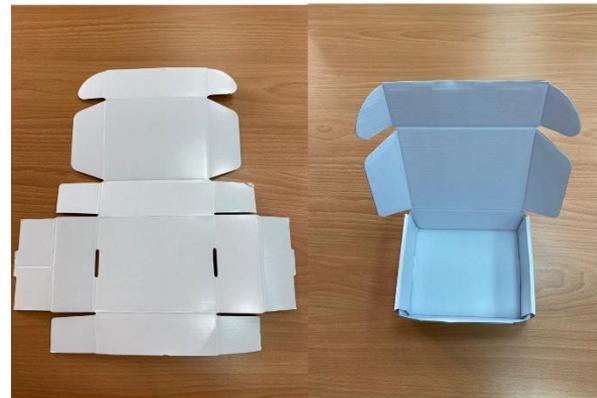
檢體標籤貼紙



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: \_\_\_\_\_ 醫師職稱: \_\_\_\_\_ 醫師分科: \_\_\_\_\_

醫院名稱: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 時間: \_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

資料登錄費費單

醫師姓名: \_\_\_\_\_ 醫師職稱: \_\_\_\_\_ 醫師分科: \_\_\_\_\_

醫院名稱: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 時間: \_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

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			
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：1男 2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)

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

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

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：  
1正常 2不正常 3無呼吸 1正常 2慢 3快 1有 0無

胃汗(sweating) 幻覺 瞳孔 肌震顫(myoclonus)  
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)

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

檢驗報告回覆  
 之醫療人員： 姓名 部門 電話  
 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

18

# 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

3  
4

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：1男 2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

離開急診： 日期： 年 月 日 時間 (24小時制)： 時 分 15

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!