

全民健康保險醫療費用審查注意事項部分修正規定

第一部醫院醫療費用審查注意事項

二、各科審查注意事項：

(一)家庭醫學科審查注意事項

1.門診部分審查原則：

(4)其他有關之審查原則：

甲至庚(略)

辛、傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算；申報創傷處置，應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」**「創傷處置」**之規定，申報深部複雜創傷處置(48004C—48006C)及臉部創傷處理(48022C—48024C, 48033C—48035C)，應檢附彩色照片，會陰部位擴創術除外。(102/3/1)(106/1/1)

(二)內科審查注意事項

1.門診部分審查原則：

(10)高血壓之治療，應注意下列用藥禁忌：

甲、(略)

乙、高血壓合併高鉀血症病史之病患，得避免使用 potassium-sparing diuretics 或 aldosterone antagonist。(106/1/1)

(12)TZD (thiazolidinedione) 類藥物使用原則：

甲至乙(略)

丙、(刪除)(101/5/1)(106/1/1)

丁、請檢附下列兩項資料：(97/5/1)(102/3/1)(106/1/1)

(1)治療前後3至6個月HbA1c之報告。

(2)治療前後飯前或飯後血糖值之報告。

戊、除對 metformin 不適或有禁忌症之患者外，未使用 metformin 則不得逕用 TZD。

2.門診部分審查注意事項

(8)BC 肝治療計畫用藥審查原則

甲至丙(略)

丁、此類案件送審時，應附6個月內病歷及合於抗病毒藥物使用規定之相關資料供參。(99/7/1)(106/1/1)

3.住院部分審查原則及注意事項：審查時應注意個案住院之必要性、住院日數之長短及病房種類(如加護病房等)之適當性。

(1)至(3)(略)

(4) 抗生素之使用，有些院所常以痰之培養結果做為使用高價抗生素之搪塞理由，應注意是否恰當，嚴加審查。若需使用高價抗生素應會感染科或胸腔內科醫師評估其必要性、若無會感染科或胸腔內科醫師者，加強審查。(106/1/1)

5. 其他注意事項：

(1) 血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。(106/1/1)

(2) 腹膜透析及血液透析同時併作原則：

甲、(略)

乙、原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍 < 1.7 或肌肝酸清除每週無法達到 50 公升/1.73 平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多 2 次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。(100/5/1)(106/1/1)

(5) 初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體施行幽門桿菌檢查(包括病理組織化驗或 rapid urease test)，若消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，發現消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時得以再度施行幽門桿菌檢查，同時應附前次胃鏡及治療紀錄。(101/7/1)

備註: (106/1/1)

1. 「潰瘍」之範圍包括「活動性潰瘍」、治療中「癒合性潰瘍」，以及曾接受過治療「已結疤潰瘍」等。

2. 內視鏡檢查時，可施行病理組織切片或胃鏡快速尿素試驗(CLO test)，以釐清此潰瘍是否因幽門螺旋桿菌感染引起。

(17) 使用降血脂藥物時，請依規定檢附檢驗資料影本。(97/5/1)

(17-1) 降血脂藥物審查原則：甲~丙(略)

(17-2) 送審之醫療費用案件，請依藥品給付規定第 2 節心臟血管及腎臟藥物 2.6.1 「全民健康保險降血脂藥物給付規定表」之處方規定，檢送該案處方之抽血檢查報告。(106/1/1)

(18) 透析日期及 EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。(詳附表七、八)(105/1/1)(106/1/1)

(29) 透析治療造管及植管之執行時機

乙、血液透析部分

A. 暫時性導管

(A)(略)

(B)暫時性導管之時機：重度腎衰竭【定義為肌酸酐清除率（Ccr）小於 15 ml/min 或肌酸酐（Cr）大於 6.0 mg/dl】，且伴有下列任何一種尿毒併發症者：(106/1/1)

B.(略)

C.建立血管通路之時機

(A)糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管手術之時機：

- a.肌酸酐清除率（Ccr）小於 15 ml/min，或
- b.肌酸酐（Cr）大於 6 mg/dl，或
- c.預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

(B)糖尿病腎病變患者接受人工血管（AV graft）手術之時機：

- a.肌酸酐清除率（Ccr）小於 12.5 ml/min，或
- b.肌酸酐（Cr）大於 7 mg/dl，或
- c.預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

(C)非糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管或人工血管(AV graft)手術之時機：

- a.肌酸酐清除率（Ccr）小於 10 ml/min，或
- b.肌酸酐（Cr）大於 8 mg/dl，或
- c.預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

丙、腹膜透析部分：

A.(略)

B.糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術之時機：

- (A)肌酸酐清除率（Ccr）小於 15 ml/min，或
- (B)肌酸酐（Cr）大於 6 mg/dl，或(106/1/1)
- (C)預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

C.非糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術之時機：

- (A)肌酸酐清除率（Ccr）小於 10 ml/min，或
- (B)肌酸酐（Cr）大於 8 mg/dl，或(106/1/1)
- (C)預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

(40)linezolid 藥品與 vancomycin 藥品不得併用，無特殊原因使用不得超過 14 天。(106/1/1)

(41)13023C(細菌最低抑制濃度快速試驗)需經 13009B-13011B(細菌藥物敏感性試驗)或 13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查後施行，送審時需檢附分離出多重或全抗藥性菌株之相關檢驗報告。(106/1/1)

6.後天型血友病患者急性出血治療使用繞徑藥物治療審查原則：(106/1/1)

(1)並非所有出血症狀都需要使用繞徑藥物治療，如果是皮下出血且範圍及

症狀輕微時可以不必使用繞徑藥物治療。出血之嚴重度必須文字及圖片說明。

- (2)後天型血友病患者的出血情況和第八因子抗體強度或第八因子活性沒有絕對相關關係。
- (3)Transamin 是一種有用的輔助治療，特別對於黏膜出血有效，但有泌尿道出血時要避開使用，和 APCC 併用時要小心血栓的發生。

(三)、外科審查注意事項

2.傷口之處置、換藥之審查原則：

- (1)多處傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。(106/1/1)
- (2)至(9)(略)
- (10) 申報支付標準診療項目 62007C(皮膚全層植補術 FTSG-<10 平方公分)、64208C(軟組織良性腫瘤切除術，大或深)應檢附照片或手術紀錄供審查作業參考。(106/1/1)
- 33.處理傷口含拔指甲者，以淺部創傷處理(48001C)申報；單純拔趾甲者，則以(56006C)申報；paronychia 嚴重者，並有 granulation tissue 者，以深部複雜創傷處理(48004C)申報。(106/1/1)
- 52.內痔結紮手術 (74417C) 之審查原則:(101/5/1)
- (1)至(4)(略)
- (5)非屬出血、第二度至第三度痔瘡之內痔結紮手術，宜加強審查。(106/1/1)
- 54.刪除。(97/5/1) (99/7/1)(106/1/1)
- 60.申報 64197C 及 64228B 應為新患部且進手術房執行者，病歷內容應記載清楚，送審時應檢附照片。(106/1/1)

(四)、兒科審查注意事項

1.通則：

- (1)(略)
- (2)特殊之檢查項目：核磁共振、電腦斷層、心臟超音波、心導管、新生兒腦部超音波、各項內視鏡檢查、腦電波、肌電波等，應註明檢查目的，由具備各該項之專科醫師負責判讀，並附有其字跡清晰之中文正式署名之報告。偏遠地區除外。(106/1/1)
- (3)至(4)(略)
- (5)維生素及鐵劑之糖漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。(106/1/1)
- (6)至(7)(略)

(8)兒科病患可能因病情變化等因素造成院所重覆給藥之情形，請審查醫藥專家宜依病歷記載內容注意重覆比例是否過高。(102/3/1)(106/1/1)

(9)(略)

(10)小兒科檢傷分類依衛生福利部公告修正之急診五級檢傷分類基準(詳附表九之一至九之四)。(106/01/01)

2.門診部分：

(1)至(2)(略)

(3)經由 nebulizer 給予之治療方式，含支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，不應為例行處置，應有確實適應症，如緊急需求等病歷記錄。(106/1/1)

(五)、婦產科審查注意事項

1.有關住院、住院日及輕病住院：

(2)陰道囊腫、巴氏腺囊腫、子宮頸糜爛及子宮功能性出血，除非病情特殊，一律門診給付。如病情特殊住院者，於申報醫療費用時應詳細說明理由。(106/1/1)

3.用藥：

(1)至(6)(略)

(7)排卵藥物(Clomiphene citrate)除非為不妊之促排卵治療，否則不宜用來治療月經異常病患，特殊個案如因病情需要，宜於病歷詳實記載，由審查醫藥專家專業判斷。(101/2/1)(102/3/1)(106/1/1)

7.剖腹產併有子宮肌瘤者，原則不宜同時做切除手術，如行切除者，須說明理由，且須附病理報告。(106/1/1)

11.剖腹產的適應症如下：

(1)至(11)(略)

(12) Preeclampsia with(子癇前症)：

甲、uncorrectable severe preeclampsia。

乙、HELLP syndrome。(106/1/1)

丙、eclampsia。(106/1/1)

(13)(略)

(14)Pelvic deformity(Sequel of poliomyelitis or traffic accident,etc.)(骨盤畸形)。(106/1/1)

(15)Fetal macrosomia(>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000 公克)。(106/1/1)

(16)(略)

(17)Obstructive labor(e.g. myoma,ovarian tumor)。(阻塞性生產，如子宮肌瘤或卵巢腫塊)(106/1/1)

(18)至(19)(略)

(20)其他特殊適應症，但須詳細說明。(98/8/1)(106/1/1)

20.治療性流產手術審查原則：

(1)至(3)(略)

(4)須附病理報告。(106/1/1)

22.刪除。(106/1/1)

23.施行息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術者，須附病理報告。(106/1/1)

24.刪除。(106/1/1)

26.申報 PAP smear 費用，須檢附細胞檢查報告(非預防保健者)，以利審查。
(106/1/1)

27.C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數申報規定：

(1)C/S 及婦科手術(ATH, VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報 3 次，換藥最多申報 3 次。(106/1/1)

28.陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為限，得併用陰道塞劑或藥膏。子宮以上之發炎屬骨盆腔發炎，微生物製劑不受上述一種為限之規定。(97/5/1)(106/1/1)

29.產檢申報超音波檢查之原則：(106/1/1)

(1)若因疾病必須施行超音波檢查，不應以產檢項目申報。

(2)產檢合併疾病申報時，須有適應症。

(3)抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。

31.申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。(106/1/1)

33.有早產之虞須以宮縮緩解劑注射治療者，可收容住院，得檢附胎心音監視報告或有病歷記載臨床症狀，例如：出血、宮縮、子宮頸變化、破水...等。(106/1/1)

37.抹片 ASCUS(含)以上，得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。(103/6/1)(106/1/1)

38.電燒或雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉(如：多發性、大範圍之病灶)，須於病歷詳載理由，並有麻醉紀錄。(103/6/1)(106/1/1)

39.間質性膀胱炎患者施行膀胱鏡合併水擴張治療後，如發生解尿困難、血尿或頻尿情形，宜先留院觀察，如未改善必要時得住院 1 天，須於病歷詳載理由。(103/6/1)(106/1/1)

40. (1) 子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波(19010C)。(103/6/1)

(2) 抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。

(104/1/1) (106/1/1)

- 41.多囊性卵巢病人進行腹腔鏡卵巢鑽孔術應視為第二線治療。(106/1/1)
- 42.嚴重骨盆器官脫垂，病人雖無主訴尿失禁，得於手術前執行尿路動力學檢查，請於病歷記載主客觀評估。(106/1/1)
- 43.高危險妊娠胎兒生理評估，妊娠期間若超過2次，須於病歷記載理由。(106/1/1)
- 44.CA-125 (EIA) 之審查：(106/1/1)
 - (1) 臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，監測其治療效果或追蹤其是否復發。每三個月申報一次，其他惡性腫瘤，CA125 如可作為癌症監測指標者亦同，但如因病情變化需要提早監測時須說明其理由。
 - (2) 可作為腫瘤如子宮肌腺症、子宮內膜異位症手術前後之追蹤。每六個月抽血一次。

(六)、骨科審查注意事項

- 3.脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：1.脊椎外傷性脫位 2.椎間腔截面積減少 30%以上者 3.椎體前緣壓迫超過 50% 4.駝背角度超過 20 度 5.脊椎因骨折致前後及側邊嚴重滑脫 6.有神經壓迫症狀，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第 65 條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療；惟若特殊情況得增加固定長度應事前審查，並附詳細手術計畫書 7. TLICS (thoracolumbar injury classification and severity) 分數>4 者須手術固定治療。(102/3/1)(106/1/1)
- 7.骨內固定物拔除，如需住院以不超過七日為原則，但手術紀錄須詳細記載拔除何種內固定物；拔除成人 Kirschner wire 以不住院為原則。(106/1/1)
13. (1)59007B 高壓氧治療慢性復發骨髓炎之審查：(97/5/1)(106/1/1)
 - 甲至丙(略)
 - (2)必要檢查(送審資料)：(106/1/1)
 - 甲、疾病史及身體檢查，外科治療及 6 至 8 週抗生素治療記錄。
 - 乙、持續有感染傷口或皮下膿管，並提供傷口照片以供審查。
 - 丙、骨骼 X 光檢查及其報告。
 - 丁、核醫骨髓炎掃描、電腦斷層檢查或磁震造影及其報告。

(七)、泌尿科審查注意事項

- 3.尿路結石：
 - (3)施行尿路結石體外震波碎石術(ESWL)(50023B、50024B、97405K、97406A、97420B、97407K、97408A、97421B、97409K、97410A、97422B、97411K、97412A、97423B)應：

甲、申報費用時應檢附以下資料：

A 至 B(略)

乙、ESWL 兩次之間之時間間隔，原則上同一結石需一週觀察期，才得實施第二次 ESWL，執行二次(含)以上碎石術，需檢附 KUB 或 SONO，證明其為持續性治療者；其他特殊情況，則請各審查醫藥專家自行評估。(102/3/1)(106/1/1)

14.經直腸超音波攝護腺切片檢查(TRUS-biopsy)一般在門診執行，有下列特殊情況可住院進行:1.凝血功能異常 2.需全身或半身麻醉才能執行者 3.肛門直腸病變影響切片進行或安全。4.曾因切片而嚴重感染或敗血症者。5.須做進階切片檢查(如 systemic biopsy or saturated biopsy)之高風險病人。6.病歷載明因其他原因需住院者。」(106/1/1)

15.輸尿管結石併輸尿管狹窄患者施行「輸尿管狹窄內擴張術(77024B)」，應檢附手術前影像學資料、手術過程中輸尿管鏡(內視鏡)照片佐證、及手術記錄有描述輸尿管狹窄，以顯示狹窄。(106/1/1)

(八)、耳鼻喉科審查注意事項

15.(1)(略)

(2)內耳溫差測驗，乃迷路刺激檢查，利用冷熱水或冷熱空氣灌入外耳道，須記錄眼振的方向、頻率、持續期間。

備註：

新的自動化眼振儀，內耳溫差試驗以眼振圖像呈現(包括眼振的方向、頻率、持續期間)，可直接印出內耳溫差試驗結果的圖像作為內耳溫差試驗的報告。(106/1/1)

(3)眼振圖檢查是眼球運動的檢查，並非一般的前庭功能檢查，此須特殊儀器。包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查、視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗。

備註：

1.若部分新的自動化眼振儀無法記錄視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗，可只作前面部分(包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查)即可。(106/1/1)

2.若病情穩定，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或病情變化需要再追蹤則不在此限。

(九)、眼科審查注意事項

2.複雜性翼狀贅肉申報翼狀贅肉複雜切除合併角膜切除(85204C)應檢附同側半邊眼部及眼球之照片各一張並須符合下列任一項符合條件：

(1)至(3)(略)

(4)翼狀贅肉侵犯單眼角膜雙側且需同時手術者。(106/1/1)

4.白內障手術：

(13)除特殊情況外(如需全身麻醉之兒童雙眼先天性白內障、失智者或雙眼外傷性白內障)，不得一次同時施行兩眼白內障手術，且兩眼手術宜間隔一週(含)以上，但事前審查仍可兩眼同時送審且需遵循上述原則。

(99/7/1)(106/1/1)

5.視網膜疾病：(97/5/1)

(1)至(3)(略)

(4)眼檢查：得執行裂隙燈檢查、眼壓、眼底裂孔定位檢查。裂孔型視網膜剝離除非有玻璃體混濁等特殊情況，應於申報費用明細中註明理由，否則不應例行申報 B-SCAN 檢查—但有發現者除外(如 CHOROIDAL DETACHMENT)，牽引性或滲出性視網膜剝離可申報 B-SCAN。23809C 網膜裂孔定位：限於手術前實行。若有破洞或視網膜剝離但沒有手術或雷射，只可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，兩項擇一項申報。(106/1/1)

9.雷射治療(60001C 至 60016C)：

(1)至(9)略

(10)申報 YAG capsulotomy 不可再申報 slit lamp 及散瞳檢查，病歷術前需記錄矯正視力、同時需有眼底檢查記錄、施術情形；術後有追蹤時，檢附術後之矯正視力；不可在白內障術後一個月內施行。同一眼同一院所只能申報一次 60013C(初診)。如果日後再復發申報

YAG-CAPU(60014C)(複診)，應附照片佐證。(104/1/1)(106/1/1)

原則：與第一次間隔超過一年且以一次為限。但病況嚴重需分數次雷射者，須於病歷上記載理由，並檢附照片佐證，且申報次數以三次為上限，於同一醫療院所接受雷射治療，除照片外，需再檢附前 2 次雷射能量及發數，以茲佐證。於不同醫療院所接受再次雷射手術治療，只需檢附照片佐證。(106/1/1)

(11)Argon 雷射(60003C、60005C)：初診即可申報之病狀 Retinal tear (hole)+/- Local RD, lattice degeneration with vitreous traction. PDR ± partial VH or pre-retinal hemorrhage。NVI or NVG due to retinal conditions。

偏遠且就醫不便或身體狀況不良之患者(抽審時提出說明)。

以上狀況若有必要，可同時申報兩眼，並於病歷說明原因。(106/1/1)

11.細隙燈檢查須附上圖形或以文字並詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍：(106/1/1)

13.「瞳孔散大 23803C」之申報原則：

(1)間接式眼底鏡檢查(23702C)已包括散瞳費用在內，不另給付；直接眼底

檢查(23501C)於情況需要散瞳時，得另行申報散瞳費。

執行 23702C 間接眼底鏡檢查(已內含 23803C 瞳孔放大)：(106/1/1)

甲、需附圖或以文字詳述其眼底所見。

乙、需審查是否符合下列任一病狀：

A.角膜、水晶體及玻璃體有混濁使眼底不易觀察時。

B.視網膜病變(週邊變性)。

C.飛蚊症患者(初診或症狀有變化)：若合併高度近視或有周邊視網膜變性症病史等。

D.高血壓糖尿病患者、糖尿病患者初診或接受內科轉診單(病歷附轉診單)時；以後每 6 個月複診以 1 次為限，但已有網膜病變者不在此限。

E.高度近視(>600 度)患者非以配鏡目的之相關檢查定期追蹤時，以一年 1 次為限，但已有網膜病變者不在此限。

F. Uveitis。

G.黃斑部病變如初診或症狀有變化時可申報，但須病歷畫圖或以文字詳述記錄，正常亦需記錄。但追蹤期間如穩定則以 23501C 申報。

21.病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。(中央健康保險局 90 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)(99/7/1)(106/1/1)

27.隅角鏡檢查：(104/1/1) (106/1/1)

(1) 23402C 前房隅角在何時可以申報：(104/1/1)

甲至丙(略)

丁、前房出血者及虹彩異常者，若前房出血嚴重致隅角及虹彩無法清晰辨識者，不得申報。(106/1/1)

(2) 小樑手術、虹彩手術或雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤一年內不可再申報；狀況不穩定者除外，但病歷上需詳細記載。

(104/1/1)(106/1/1)

28.鼻淚管相關：(106/1/1)

(1)53006C 淚管沖洗若有持續性流淚症狀時，為確定診斷(須申報診斷淚溢 375.20)可以申報，不必一定要有 positive finding，但須清楚記錄沖洗結果，此外淚囊沖洗若需重覆申報，僅限有慢性淚囊炎病患，且申報不得過於頻繁，一個月限報一次。Probing 53018C 原則亦同。

DCR 及 CDCR 術後之淚道沖洗，亦適用淚囊沖洗申報，一個月限報一次。

(2)53028C 淚孔擴張：應用於 Punctum occlusion 病患，不應與 53006C 淚囊

沖洗一同申報。

(3)若同時做淚管的沖洗(53006C)及探測(53018C)僅得擇一申報。

(4)CIS tube insertion (53019C)有淚管狹窄時可施行，可作兩眼處置。

29.Uveitis 病人可報眼壓及眼底檢查，一次療程以申報眼壓及眼底檢查各一次為原則。(106/1/1)

(十)、皮膚科審查注意事項

9.審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片。(102/3/1)(106/1/1)

(十二)、神經外科審查注意事項

1. 輕度頭部外傷審查規範：

(1) 入出院標準

甲、依 GCS 做為輕度頭部外傷入出院參考標準。GCS 14~15 分。
(106/1/1)

(2) 略

(3) 抗生素使用

甲、有 Contaminated deep wound 經縫合或創傷處置後，應可同意使用 7 天以內之抗生素(依細菌培養結果選用)。有 Clean-surgical wound 時應可同意使用 3 天以內之第一線抗生素。Superficial abrasion、contusion 等，不應使用抗生素，局部換藥處置即可。有特殊情況導致傷口感染惡化之疑慮時，需詳述理由、輔以傷口細菌培養或傷口照相之連續記錄。
(103/6/1)(106/1/1)

8.Diprivan(propofol)之使用，依藥品使用規範為原則，不宜超過 1 星期。
(106/1/1)

9.手術申報規範如下：

(1)至(2)(略)

(3)Open depressed fracture+ICH (or EDH/SDH)，除 ICH (or EDH/SDH)之申報外，可申報 depressed fracture (83011B/83012B) 為副手術(手術程序上已包含 craniectomy 與 cranioplasty 的概念，不可分別申報 83015C/83016B)，但須檢附 CT Scan。(106/1/1)

15.脊柱內固定器事前審查案件，有下列情形：(1)脊椎外傷性脫位 (2)椎間腔截面積減少 30%以上者(3)椎體前緣壓迫超過 50% (4)駝背角度超過 20 度(5)脊椎因骨折致前後及側邊嚴重滑脫 (6)有神經壓迫症狀，需立即減壓者，得依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第四編第 65 條規定，以書面說明電傳報備後，先行處理治療(7)TLICS(thoracolumbar injury

classification and severity)分數>4 者須手術固定治療。(106/1/1)

- 16.使用橫向固定器(cross link)限(1)脊柱固定三節或三節以上者(2)有骨折併脫位之情形;其中脊柱固定三節或三節以上者係指固定範圍涵蓋3個(含)以上椎體;屬三節及四節(含)椎體者可使用一組 cross link,屬五節椎體(含)以上者可使用二組 cross link,屬七節椎體(含)以上者可使用三組 cross link。(106/1/1)

(十三)、精神科審查注意事項

- 13.對兒童、智能不足、失智、老年失智、思覺失調症等病患之主要照顧者施行治療,檢附具體之家族治療或特殊心理治療紀錄者,得申報家族治療或特殊心理治療。(104/1/1)(106/1/1)
- 16.申請精神科日間住院治療費(日間全日/日間半日),於送審時,應檢附證明病患出席狀況為全日或半日之資料,此資料應含足以佐證病人出席,及離開病房之時間,或以打卡資料為依據。(101/7/1)(106/1/1)
- 17.精神復健機構(日間型、住宿型)收案審查原則:(104/1/1)
依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表 5.2.1 規定條件收案:(104/1/1)
- (1)精神狀態穩定,且無自傷、傷人之虞。(104/1/1)
依精神疾病患者社區復健評量表之功能量表:
①積極症狀需 ≤ 2 (106/1/1)
- (2)(略)
- (3)願意接受精神科治療,必須能規則回診,在提醒或監督下可規則服藥。(104/1/1)(106/1/1)

(十四)、復健科審查注意事項

- 2.申報復健治療時,應附醫師處方、實際治療日期、明確診斷、相關病歷摘要影本及治療記錄卡,其記錄卡內容應包含治療人員簽章。(雖已排定時間而病患未接受治療,不得申報費用)。(100/1/1)(106/1/1)
- 19.早期療育復健治療,每堂課不得超過三人(含三人)。(106/1/1)

貳、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG)案件審查注意事項

二、個別 DRG 審查注意事項

MDC12 男性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項

審查原則:

(一)診斷正確性:

本項 DRG 之主診斷正確性之審查原則如下:

1.至 2.(略)

3.經醫師判斷考量病人年齡、健康狀況施行姑息性經尿道攝護腺切除術，以解決排尿問題為優先，並於病歷記載判斷考量之內容者，可不須術前切片。(106/1/1)

4.可能因非癌症因素造成的 PSA 上升。(106/1/1)

第二部西醫基層醫療費用審查注意事項

貳、各科審查注意事項：

一、家庭醫學科審查注意事項

(一)門診部分審查原則：

4.其他有關之審查原則：

(1)至(7)(略)

(8)傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算；申報創傷處置，應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」「創傷處置」之規定，並附圖示；申報深部複雜創傷處置(48004C—48006C)，應檢附彩色照片，乳房及會陰部以及臉部傷口可以詳細繪圖指示或說明；申報臉部創傷處理(48022C—48024C, 48033C—48035C)，須於病歷詳細繪圖指示說明，並檢附彩色相片為原則，如有困難另行詳述說明。(97/5/1)(102/3/1)(106/1/1)

附表二十三

全民健康保險西醫基層總額降尿酸藥物使用建議表

給付規定:若接受藥物治療後，建議每三個月抽血檢查一次，已達治療目標建議停藥，3至6個月後再抽血評估。(106/1/1)

二、內科審查注意事項

(一)門診部分審查原則：

11.TZD(thiazolidinedione)類藥物使用原則：(97/5/1)

(1)至(3)(略)

(4)請檢附下列兩項資料：(102/3/1)(106/1/1)

甲、治療前後3至6個月HbA1c之報告。

乙、治療前後飯前或飯後血糖值之報告。

(5)除對metformin不適或有禁忌症之患者外，未使用metformin則不得選用TZD。

(二)門診部分審查注意事項：

9.BC肝治療計畫用藥審查原則

(1)至(3)(略)

(4)此類案件送審時，應附 6 個月內病歷及合於抗病毒藥物使用規定之相關資料供參。(99/7/1)(106/1/1)

(五)其他注意事項：

1.血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。(106/1/1)

2.腹膜透析及血液透析同時併作原則：

(1)(略)

(2)原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍 < 1.7 或肌肝酸清除每週無法達到 50 公升/1.73 平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多 2 次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。

(100/5/1)(106/1/1)

3.初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體施行幽門桿菌檢查(包括病理組織化驗或 rapid urease test)，若消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，發現消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時得以再度施行幽門桿菌檢查，同時應附前次胃鏡及治療紀錄。

(101/7/1)

備註:(106/1/1)

1.「潰瘍」之範圍包括「活動性潰瘍」、治療中「癒合性潰瘍」，以及曾接受過治療「已結疤潰瘍」等。

2.內視鏡檢查時，可施行病理組織切片或胃鏡快速尿素試驗(CLO test)，以釐清此潰瘍是否因幽門螺旋桿菌感染引起。

11.透析日期及 EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。(詳附表六、七) (105/1/1) (106/1/1)

19.透析治療造管及植管之執行時機：(96/4/1)

(1)(略)

(2)血液透析部分：

甲、暫時性導管：(101/5/1)

(A)(略)

(B)暫時性導管之時機：重度腎衰竭【定義為肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 15 ml/min 或肌酸酐 (Cr) 大於 6.0 mg/dl】，且伴有下列任何一種尿毒併發症者：(106/1/1)

乙、(略)

丙、建立血管通路之時機

A.糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管手術的時機：

- (A)肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 15 ml/min，或
- (B)肌酸酐 (Cr) 大於 6 mg/dl，或
- (C)預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

B.糖尿病腎病變患者接受人工血管 (AV graft) 手術的時機：

- (A)肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 12.5 ml/min，或
- (B)肌酸酐 (Cr) 大於 7 mg/dl，或
- (C)預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

C.非糖尿病腎病變患者接受自體動靜脈瘻管或人工血管(AV graft)手術的時機：

- (A)肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 10 ml/min，或
- (B)肌酸酐 (Cr) 大於 8 mg/dl，或
- (C)預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

(3).腹膜透析部分：

甲、(略)

乙、糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

- A.肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 15 ml/min，或
- B.肌酸酐 (Cr) 大於 6 mg/dl，或
- C.預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

丙、非糖尿病腎病變患者接受腹膜透析導管手術的時機：

- A.肌酸酐清除率 (Ccr) 小於 10 ml/min，或
- B.肌酸酐 (Cr) 大於 8 mg/dl，或
- C.預期在 3 至 6 個月內需要透析者。(106/1/1)

三、外科審查注意事項

(二)傷口之處置、換藥之審查原則：

- 1.多處傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。(106/1/1)

(三十三)淺部創傷之第二次處理 (48027P)、深部創傷之第二次處理

(48028P)，係指病患在同一診所執行首次淺部或深部創傷之處理(含縫合、接紮、擴創)後，經專業醫療判斷，傷口需再次施行縫合、接紮、擴創等處理時，方可申報第二次淺部或深部創傷之處理，且須於病歷上詳細記載處理過程，而施行一般換藥，則依該創傷處置之相關「手術、創傷處置及換藥」診療項目，視實際際施行項目擇一申報。(97/5/1)(106/1/1)

四、兒科審查注意事項

(一)通則：

1.(略)

2.特殊之檢查項目：核磁共振、電腦斷層、心臟超音波、心導管、新生兒腦部超音波、各項內視鏡檢查、腦電波、肌電波等，應註明檢查目的，由具備各該項之專科醫師負責判讀，並附有其字跡清晰之中文正式署名之報告。偏遠地區除外。其它之檢查(驗)項目(不需次專科醫師判讀者)，亦應註明檢查之理由，並檢附相關檢查(驗)報告送審。

(99/4/1)(106/1/1)

5.維生素及鐵劑之糖漿製劑，應只限定於治療性使用(如：早產兒、缺鐵性貧血等)。(106/1/1)

8.兒科病患可能因病情變化或服藥服從性不高等因素造成院所重覆給藥之情形，請審查醫藥專家依病歷記載注意重覆比例是否過高。

(99/4/1)(102/3/1)(106/1/1)

10.小兒科檢傷分類依衛生福利部公告修正之急診五級檢傷分類基準(詳附表八之一至八之四)。(106/1/1)

(二)門診部分：

1.至 2.(略)

3.經由 nebulizer 給予之治療方式，含支氣管擴張劑、類固醇及化痰劑，不應為例行處置，應有確實適應症，如緊急需求等病歷記錄。(106/1/1)

(十三)2歲以下之兒童不宜使用 Menthol Packing。(97/5/1)(106/1/1)

五、婦產科審查注意事項

(一)有關住院、住院日及輕病住院：

1.(略)

2.陰道囊腫、巴氏腺囊腫、子宮頸糜爛及子宮功能性出血，除非病情特殊，一律門診給付。如病情特殊住院者，於申報醫療費用時應詳細說明理由。(106/1/1)

(三)用藥：

1.至 6.(略)

7.排卵藥物(Clomiphene citrate)除非為不妊之促排卵治療，否則不宜用來治療月經異常病患，特殊個案如因病情需要，宜於病歷詳實記載，由審查醫藥專家專業判斷。(101/2/1)(102/3/1)(106/1/1)

(八)剖腹產併有子宮肌瘤者，原則不宜同時做切除手術，如行切除者，須說明理由，且須附病理報告。(106/1/1)

(十二)剖腹產的適應症如下：

1.至 11.(略)

- 12.Preeclampsia with(子癩前症)：
- (1)uncorrectable severe preeclampsia。
 - (2)HELLP syndrome。(106/1/1)
 - (3)eclampsia。(106/1/1)
- 13.(略)
- 14.Pelvic deformity (Sequal of poliomyelitis or traffic accident, etc.)(骨盤畸形)。(106/1/1)
- 15.Fetal macrosomia (>4000gm EBW)(胎兒超音波預估體重過重>4000 公克)。(106/1/1)
- 16.(略)
- 17.Obstructive labor (e.g. myoma, ovarian tumor)。(阻塞性生產，如子宮肌瘤或卵巢腫塊) (106/1/1)
- 18.至 19.(略)
- 20.其他特殊適應症，但須詳細說明。(98/8/1) (106/1/1)
- (二十一)刪除。(106/1/1)
- (二十二)施行息肉切除術及未懷孕之子宮刮除術者，須附病理報告。(106/1/1)
- (二十四)申報 PAP smear 費用，須檢附細胞檢查報告(非預防保健者)，以利審查。(106/1/1)
- (二十五)C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等住院案件，住院期間之換藥、陰道灌洗及會陰沖洗次數申報規定：
- 1.C/S 及婦科手術(ATH,VTH...)等患者，住院期間之會陰沖洗最多申報 3 次，換藥最多申報 3 次。(106/1/1)
- (二十七)產檢申報超音波檢查之原則：(97/5/1)
- 1.(略)
 - 2.產檢合併疾病申報時須有適應症。(106/1/1)
- (二十八)治療性流產手術審查原則：
- 1.至 3.(略)
 - 4.須附病理報告。(106/1/1)
- (二十九)申報懷孕試驗，須於檢送之病歷記載結果。(106/1/1)
- (三十八)1.(略)
- 2.抽審案件必須附上清晰之超音波照片並加註日期及正式報告。(104/1/1)(106/1/1)
- (三十九)抹片 ASCUS(含)以上，得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。(104/1/1)(106/1/1)
- (四十)電燒或是雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉(如：多發性、大範圍之病灶)，須於病歷詳載理由，並有麻醉記錄。

(104/1/1)(106/1/1)

(四十一)CA-125 (EIA) 申報不符下列狀況，得加強審查：(106/1/1)

- 1.臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，監測其治療效果或追蹤其是否復發。每三個月申報一次，其他惡性腫瘤，CA125 如可作為癌症監測指標者亦同，但如因病情變化需要提早監測時須說明其理由。
- 2.可作為腫瘤如子宮肌腺症、子宮內膜異位症手術前後之追蹤。每六個月抽血一次。

八、耳鼻喉科審查注意事項

(十)1.(略)

- 2.內耳溫差測驗，乃迷路刺激檢查，利用冷熱水或冷熱空氣灌入外耳道，須記錄眼振的方向、頻率、持續期間。

備註：

新的自動化眼振儀，內耳溫差試驗以眼振圖像呈現（包括眼振的方向、頻率、持續期間），可直接印出內耳溫差試驗結果的圖像作為內耳溫差試驗的報告。(106/1/1)

- 3.眼振圖檢查是眼球運動的檢查，並非一般的前庭功能檢查，此須特殊儀器。包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查、視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗。

備註：

- 1.若部分新的自動化眼振儀無法記錄視運動後眼振檢查，視覺抑制測驗，可只作前面部分（包括視標追跡檢查，追視測驗，跳視測驗、視運動眼振檢查）即可。(106/1/1)
- 2.若病情穩定，兩次檢查之間隔需至少三個月，若有病情加重或病情變化需要再追蹤則不在此限。

九、眼科審查注意事項

(四)白內障手術：

1.至 12.(略)

- 13.除特殊情況外(如需全身麻醉之兒童雙眼先天性白內障、失智者或雙眼外傷性白內障)，不得一次同時施行兩眼白內障手術且兩眼手術宜間隔一週(含)以上，但事前審查仍可兩眼同時送審且需遵循上述原則。(106/1/1)。

(九)雷射治療(60001C 至 60016C)：

1.至 8.(略)

- 9.申報 YAG capsulotomy 不可再申報 slit lamp 及散瞳檢查，病歷術前需記

錄矯正視力、同時需有眼底檢查記錄、施術情形；術後有追蹤時，檢附術後之矯正視力；不可在白內障術後一個月內施行。同一眼同一院所只能申報一次 60013C(初診)。如果日後再復發申報 YAG-CAPU(60014C)(複診)，應附照片佐證。(104/1/1)(106/1/1)

原則：與第一次間隔超過一年且以一次為限。但病況嚴重需分數次雷射者，須於病歷上記載理由，並檢附照片佐證，且申報次數以三次為上限，於同一醫療院所接受雷射治療，除照片外，需再檢附前 2 次雷射能量及發數，以茲佐證。於不同醫療院所接受再次雷射手術治療，只需檢附照片佐證。(106/1/1)

(十一)細隙燈檢查須附上圖形或以文字詳述病情，不可只寫病名即申報，其適應症範圍：(106/1/1)

(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。(中央健康保險局九十年二月二十七日健保審字第九〇〇六一二七號函)(99/7/1)(106/1/1)

(二十七)隅角鏡檢查：(104/1/1)(106/1/1)

1.23402C 前房隅角在何時可以申報：(104/1/1)

(1)至(3)(略)

(4)前房出血者及虹彩異常者，若前房出血嚴重致隅角及虹彩無法清晰辨識者，不得申報。(106/1/1)

2.小樑手術、虹彩手術或雷射前後各可申報一次，狀況穩定者一般追蹤一年內不可再申報；狀況不穩定者除外，但病歷上需詳細記載。

(104/1/1)(106/1/1)

(二十九)鼻淚管相關：(104/1/1)

1.至 3.(略)

4.CIS tube insertion (53019C)有淚管狹窄時可施行，可作兩眼處置。(106/1/1)

十、皮膚科審查注意事項

(七)審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片。(102/3/1)(106/1/1)

十三、精神科審查注意事項

(十二)對兒童、智能不足、失智、老年失智、思覺失調症等病患之主要照顧者施行治療，檢附具體之家族治療或特殊心理治療紀錄者，得申報家族治療或特殊心理治療。(95/7/15)(103/8/1)(104/1/1)(106/1/1)

十四、復健科審查注意事項

(二十三)申報復健治療時，應附醫師處方、實際治療日期，明確診斷，相關

病歷摘要影本及復健治療記錄卡，其記錄卡內容應包含治療人員簽章。(雖已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)。

(97/5/1)(99/7/1)(106/1/1)

(二十五) 早期療育復健治療，每堂課不得超過三人(含三人)。(106/1/1)

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識					
綜合描述	無意識	意識改變	清楚的意識狀態		
GCS	3-8	9-13	14-15 (應使用其他變項判定級數)		
呼吸道	無法保護呼吸道				
對刺激反應	無反應或僅對疼痛或大聲的叫喚出現無意義的反應動作	可定位痛點，對聲音刺激有含糊或不適當的語言回應			
意識狀態	意識程度持續惡化	疲倦嗜睡、反應遲鈍、眼神呆滯、無定向感、躁動不安、暴力動作、無法安撫	清楚的意識狀態、有定向感、可安撫		
抽搐	持續抽搐	剛抽搐結束			
肌張力	肢體癱瘓	虛弱無力，無法坐起			

備註：

1. 只適合急性變化(7 天內意識改變，且與情況穩定時意識有差異)。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
二、呼吸：					
綜合描述	重度的呼吸窘迫：呼吸衰竭，為過度的呼吸工作而產生疲憊現象，明顯發紺及意識混亂或沒有呼吸。	中度的呼吸窘迫：呼吸費力、呼吸工作增加、使用輔助肌。	輕度的呼吸窘迫：呼吸困難，心跳過速，在走動時有呼吸急促的現象，沒有明顯呼吸工作的增加。		
說話	單一字或無法言語	片語/不成句	可使用句子		
呼吸道	上氣道阻塞致口水外流	明顯或惡化的喘鳴呼吸聲，但呼吸道仍暢通。	氣喘呼吸聲、呼吸道暢通		
呼吸次數	<10 次/分				
呼吸窘迫姿勢		嗅吸姿勢/三點支撐姿勢/拒絕躺下			
呼吸輔助肌使用/ 鼻孔張合	鼻孔張合且合併肋間、肋下、胸骨上、胸骨下、鎖骨上凹陷	僅鼻孔張合或胸骨上輕微凹陷			
血氧飽和度	<90%	<92%	92% - 94%		

備註：

1.分級判定依據以描述性定義為主，除重度呼吸窘迫或 O₂ saturation 外，不以呼吸次數或其他絕對值為分級標準。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據		一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)						
三、循環						
綜合描述		休克：組織灌流不足或缺氧，典型的徵象：皮膚冰冷、盜汗、蒼白、呼吸急促、意識模糊不清。	血行動力循環不足：血壓偏低但未出現休克徵象，但血液灌流處於邊緣不足狀態。	生命徵象接近正常範圍之臨界值。(應使用其他變項判定級數)		
每分鐘心跳次數	<3M：	≤100 或 ≥200				
	3M-3Y：	≤80 或 ≥180				
	>3Y：	≤60 或 ≥150				
膚色		嘴唇、黏膜發紫	肢端發紫，蒼白/斑駁			
微血管填充時間		>4 秒	>2 秒	≤2 秒		
低血壓 (> 1 Y)		收縮壓< 70mmHg				

備註：

- 1.原則上兒科患者應在檢傷站測量血壓，但兒童無法配合者，可暫不量，但在可配合情況下，仍應完成血壓測量。
- 2.兒童有神經系統，呼吸系統，心臟血管系統相關主訴，仍應測量血壓。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
四之一 體溫過高(>38.0C)					
不分年齡	>41°C				
< 3M		>38°C			
3M-3Y		免疫功能缺陷或有病容	無病容		
>3Y		免疫功能缺陷	有病容	無病容	
四之二 體溫過低(<35°C)					
不分年齡	< 32°C				
< 3M		32°C - 36°C			
> 3M		32°C - 35°C 【備註 4】			

備註：

- 體溫測量採和中心溫度接近之測量結果，如耳溫及肛溫等方法，但三個月以下嬰幼兒，建議測量肛溫，若無法測量肛溫，建議採用測量結果接近中心溫度之其他方法。
- 在體溫過高部分，發燒之定義為中心體溫 >38.0C。除中心體溫>41°C 歸為一級外，其他範圍的發燒情況，皆不以絕對值作為分級的規範，而是考慮病患是否有病容、是否為免疫不全的狀態來決定檢傷級數。
 - 免疫功能缺陷：白血球過少、曾接受移植手術、長期使用類固醇、疑似敗血性休克、癌症、ESRD 等病患。
 - 有病容：臉色潮紅、脈搏加快、脈壓變寬、焦慮、機動或混亂的情形。
 - 無病容：心跳和脈壓正常、;意識警醒、清楚的定向感。
- 體溫過低之定義為中心體溫 <35°C，中心體溫<32°C歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36°C歸為二級。
- 大於三個月之兒童在環境暴露所引起之低體溫也增列 32-35°C之判定依據，但此情況不適用於非環境暴露者。

附表八之二、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-疼痛嚴重度(106/1/1)

判定依據	TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
疼痛嚴重度						
嚴重(8-10)			嚴重(8-10)			
中度(4-7)				中度(4-7)		
輕度(0-3)					輕度(0-3)	

備註

- 1.疼痛量表(使用十分量表)
- 2.兒童疼痛不分中樞和周邊，只以疼痛嚴重度作為分級標準

附表八之三、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-受傷機轉(106/1/1)

判定依據	TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
高危險受傷機轉						
一般創傷			1.汽機車車禍 2.行人或腳踏車被汽車撞到 3.由大於 6 公尺高處跌落 6.任何受傷在頭部、頸部、軀幹、或靠近手肘和膝蓋處的穿刺傷 7. 槍傷			
頭部創傷			1.車禍被拋出車外 2.未繫安全帶撞到擋風玻璃 3.行人被車輛撞倒 4.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 5.被人使用鈍器攻擊（拳腳除外）			
頸部創傷			1.汽機車車禍 2.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 3.頭部被垂直撞擊者			

備註

- 1.兒童之高危險受傷機轉採用與成人一樣標準
- 2.兒童病患使用外傷主訴時，以中樞疼痛嚴重度作為分級標準
- 3.懷孕少女遭受外傷時，可依 TTAS 原始判定級數再往上調高一級

附表八之四、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準首要調節變數分級綜合列表(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識	*	*			
二、呼吸窘迫	*	*	*		
三、血行動力	*	*			
四、體溫	*	*	*	*	
疼痛程度(Pain Scale)		*	*	*	
高危險受傷機轉		*			

說明：

首要調節變數(First order modifiers)

➤ 生命徵象(Vital signs)

a.意識：1、2 級

b.呼吸：1、2、3 級

c.血行動力學：1、2 級

d.體溫：1、2、3、4 級

➤ 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級

➤ 高危險受傷機轉：2 級

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(106/1/1)

TTAS 級數 判定依據	一級	二級	三級	四級	五級
	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識					
綜合描述	無意識	意識改變	清楚的意識狀態		
GCS	3-8	9-13	14-15 (應使用其他變項判定級數)		
呼吸道	無法保護呼吸道				
對刺激反應	無反應或僅對疼痛或大聲的叫喚出現無意義的反應動作	可定位痛點，對聲音刺激有含糊或不適當的語言回應			
意識狀態	意識程度持續惡化	疲倦嗜睡、反應遲鈍、眼神呆滯、無定向感、躁動不安、暴力動作、無法安撫	清楚的意識狀態、有定向感、可安撫		
抽搐	持續抽搐	剛抽搐結束			
肌張力	肢體癱瘓	虛弱無力，無法坐起			

備註：

2. 只適合急性變化(7 天內意識改變，且與情況穩定時意識有差異)。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
二、呼吸：					
綜合描述	重度的呼吸窘迫：呼吸衰竭，為過度的呼吸工作而產生疲憊現象，明顯發紺及意識混亂或沒有呼吸。	中度的呼吸窘迫：呼吸費力、呼吸工作增加、使用輔助肌。	輕度的呼吸窘迫：呼吸困難，心跳過速，在走動時有呼吸急促的現象，沒有明顯呼吸工作的增加。		
說話	單一字或無法言語	片語/不成句	可使用句子		
呼吸道	上氣道阻塞致口水外流	明顯或惡化的喘鳴呼吸聲，但呼吸道仍暢通。	氣喘呼吸聲、呼吸道暢通		
呼吸次數	<10 次/分				
呼吸窘迫姿勢		嗅吸姿勢/三點支撐姿勢/拒絕躺下			
呼吸輔助肌使用/ 鼻孔張合	鼻孔張合且合併肋間、肋下、胸骨上、胸骨下、鎖骨上凹陷	僅鼻孔張合或胸骨上輕微凹陷			
血氧飽和度	<90%	<92%	92% - 94%		

備註：

1.分級判定依據以描述性定義為主，除重度呼吸窘迫或 O2 saturation 外，不以呼吸次數或其他絕對值為分級標準。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數		一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)						
三、循環						
綜合描述		休克：組織灌流不足或缺氧，典型的徵象：皮膚冰冷、盜汗、蒼白、呼吸急促、意識模糊不清。	血行動力循環不足：血壓偏低但未出現休克徵象，但血液灌流處於邊緣不足狀態。	生命徵象接近正常範圍之臨界值。(應使用其他變項判定級數)		
每分鐘心跳次數	<3M：	≤100 或 ≥200				
	3M-3Y：	≤80 或 ≥180				
	>3Y：	≤60 或 ≥150				
膚色		嘴唇、黏膜發紫	肢端發紫，蒼白/斑駁			
微血管填充時間		>4 秒	>2 秒	≤2 秒		
低血壓 (> 1 Y)		收縮壓 < 70mmHg				

備註：

- 1.原則上兒科患者應在檢傷站測量血壓，但兒童無法配合者，可暫不量，但在可配合情況下，仍應完成血壓測量。
- 2.兒童有神經系統，呼吸系統，心臟血管系統相關主訴，仍應測量血壓。

附表九之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
四之一 體溫過高(>38.0C)					
不分年齡	>41°C				
< 3M		>38°C			
3M-3Y		免疫功能缺陷或有病容	無病容		
>3Y		免疫功能缺陷	有病容	無病容	
四之二 體溫過低(<35°C)					
不分年齡	< 32°C				
< 3M		32°C - 36°C			
> 3M		32°C - 35°C 【備註 4】			

備註：

- 體溫測量採和中心溫度接近之測量結果，如耳溫及肛溫等方法，但三個月以下嬰幼兒，建議測量肛溫，若無法測量肛溫，建議採用測量結果接近中心溫度之其他方法。
- 在體溫過高部分，發燒之定義為中心體溫 >38.0C。除中心體溫>41°C 歸為一級外，其他範圍的發燒情況，皆不以絕對值作為分級的規範，而是考慮病患是否有病容、是否為免疫不全的狀態來決定檢傷級數。
 - 免疫功能缺陷：白血球過少、曾接受移植手術、長期使用類固醇、疑似敗血性休克、癌症、ESRD 等病患。
 - 有病容：臉色潮紅、脈搏加快、脈壓變寬、焦慮、機動或混亂的情形。
 - 無病容：心跳和脈壓正常、;意識警醒、清楚的定向感。
- 體溫過低之定義為中心體溫 <35°C，中心體溫<32°C歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36°C歸為二級。
- 大於三個月之兒童在環境暴露所引起之低體溫也增列 32-35°C之判定依據，但此情況不適用於非環境暴露者。

附表九之二、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-疼痛嚴重度(106/1/1)

判定依據	TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
疼痛嚴重度						
嚴重(8-10)			嚴重(8-10)			
中度(4-7)				中度(4-7)		
輕度(0-3)					輕度(0-3)	

備註

1.疼痛量表(使用十分量表)

2.兒童疼痛不分中樞和周邊，只以疼痛嚴重度作為分級標準

附表九之三、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-受傷機轉(106/1/1)

判定依據	TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
		復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
高危險受傷機轉						
一般創傷			1.汽機車車禍 2.行人或腳踏車被汽車撞到 3.由大於 6 公尺高處跌落 6.任何受傷在頭部、頸部、軀幹、或靠近手肘和膝蓋處的穿刺傷 7. 槍傷			
頭部創傷			1.車禍被拋出車外 2.未繫安全帶撞到擋風玻璃 3.行人被車輛撞倒 4.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 5.被人使用鈍器攻擊（拳腳除外）			
頸部創傷			1.汽機車車禍 2.由大於 1 公尺或 5 階梯高跌落 3.頭部被垂直撞擊者			

備註

- 1.兒童之高危險受傷機轉採用與成人一樣標準
- 2.兒童病患使用外傷主訴時，以中樞疼痛嚴重度作為分級標準
- 3.懷孕少女遭受外傷時，可依 TTAS 原始判定級數再往上調高一級

附表九之四、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準首要調節變數分級綜合列表(106/1/1)

TTAS 級數	一級	二級	三級	四級	五級
判定依據	復甦急救	危急	緊急	次緊急	非緊急
生命徵象(Vital signs)					
一、意識	*	*			
二、呼吸窘迫	*	*	*		
三、血行動力	*	*			
四、體溫	*	*	*	*	
疼痛程度(Pain Scale)		*	*	*	
高危險受傷機轉		*			

說明：

首要調節變數(First order modifiers)

➤ 生命徵象(Vital signs)

a.意識：1、2 級

b.呼吸：1、2、3 級

c.血行動力學：1、2 級

d.體溫：1、2、3、4 級

➤ 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級

➤ 高危險受傷機轉：2 級