

屏東縣乳房攝影巡迴篩檢車管理要點

中華民國 107 年 8 月 3 日屏府授衛保字第 10732153900 號函發布

一、為建立屏東縣乳房攝影巡迴篩檢車管理事項基準，作為本縣各鄉鎮(市)衛生所及執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構共同遵守，並為屏東縣政府衛生局（以下簡稱本局）辦理婦女乳房攝影巡迴篩檢事項之依據，特訂定本要點。

二、乳房 X 光攝影巡迴篩檢應遵守事項如下：

(一) 巡迴篩檢報備：

1. 執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構須於每月二十五日前以函文送達本局，報備下月乳房攝影篩檢巡迴車行程、上月乳房攝影巡迴篩檢量通報表（如附表一）以及轄區衛生所同意，經本局同意覆函後，始得於社區辦理篩檢。但有臨時排定之場次，得予先電話或傳真報備資料告知本局，並於篩檢日前發文向本局報備。
2. 首次報備需檢附以下相關資料：
 - (1) 行政院原子能委員會可發生游離幅射設備登記證明。
 - (2) 行政院原子能委員會乳房攝影醫療曝露品質保證作業檢查結果。
 - (3) 乳攝車車籍資料。
 - (4) 放射師執業執照。
 - (5) 放射師乳房 X 光攝影技術訓練證明。
 - (6) 與本縣具乳攝複檢及確診能力之醫療機構簽訂之合約；合約內容需包括後續轉介、資料回報流程。
3. 執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構逾期報備、或未經本局覆文同意即於社區辦理篩檢、或以非報備或非認證之巡迴車辦理篩檢等違規事項，本局得依乳房攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房攝影巡迴篩檢標準作業程序規定，不予同意並副知衛生福利部國民健康署。
4. 執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構不得因無故或推估人數少取消場次；如有取消場次須於每月報備函內另向本局提出說明。
5. 遇有不可控制之因素而無法如期或準時出車狀況，執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構應先行尋求同業支援，其報備程序仍須依前目規定辦理。
6. 衛生所辦理社區乳房攝影篩檢如有異常狀況者，須於三個工作天內填妥乳房攝影巡迴車出車異常表（如附表二）送至本局彙整。

(二) 乳房攝影篩檢陽性個案追蹤：

1. 檢查報告提供：

- (1) 執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構須於乳攝日後三週內，將報告上傳衛生福利部國民健康署婦女乳癌篩檢系統，並以書面通知受檢者乳房攝影檢查結果。報告須以信封裝件郵寄，信封上名條除個案姓名及地址外，不得列出其他個資相關資訊，陽性個案報告須以掛號寄出。
- (2) 檢查結果為「0、3、4、5 級」之婦女，醫療機構應提供影像光碟、乳房攝影異常個案報告表、轉診單、屏東縣乳癌確認診斷醫療院所名單及相關衛教資訊，以利乳房攝影篩檢陽性個案赴醫院進一步接受後續檢查或作為確診之參考。

2. 陽性個案追蹤：

- (1) 依據乳房 X 光攝影醫療機構個案資料申報流程規定，每年度乳房攝影結果屬「3 級」、「5 級」之確診比例未達百分之七十，衛生福利部國民健康署得

取消乳房 X 光攝影醫療機構之認證資格。

- (2) 依據乳房攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房攝影巡迴篩檢標準作業程序規定，乳房攝影陽性個案「0、4、5 級」完成追蹤率，需至少達百分之六十。
- (3) 陽性個案二個月內追蹤完成率須達本縣或全國平均值。(陽性個案二個月內追蹤完成率定義：乳房攝影篩檢結果為「0、4、5 級」，二個月內接受後續確診比率。)
- (三) 婦女友善環境：強化乳房攝影巡迴篩檢車整潔與隱密性措施，包括：車窗隱密性窗簾、巡迴車出入口人員管制等，若車體內部設有提供子宮頸抹片篩檢服務區域，其相關友善篩檢設備亦須整備，以提供婦女安心的篩檢醫療設施與環境。
- (四) 報表提供：於本縣執行乳房攝影巡迴篩檢之非本縣醫療機構需於次月十日以前函文提報「乳攝車篩檢成果」予本局備查。
- (五) 衛生所預約乳房攝影巡迴車建議：
 - 1. 乳房攝影篩檢巡迴車（定義）
通過衛生福利部國民健康署乳房 X 光攝影醫療機構認證之乳攝車醫療機構，於本縣轄區內提供乳房攝影之服務。
 - 2. 預約建議：
 - (1) 衛生所預約乳房攝影巡迴車建議由本局年度癌症篩檢會議訂定。
 - (2) 若該醫療機構乳房攝影篩檢巡迴車因故無法提供服務，則由衛生所自由預約。

三、督導查核：

- (一) 巡迴篩檢報備未依本要點規範事項辦理，及違反原子能委員會乳房 X 光攝影巡迴車檢核被以公文提報者，累積違規二次（含）以上、將不予同意次二個月巡迴篩檢場次。
- (二) 重大違規情形者，另提報衛生福利部國民健康署辦理。
- (三) 依據衛生福利部國民健康署癌症篩檢系統下載資料，監控執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構陽性個案追蹤情形。

乳房攝影巡迴篩檢量通報表

乳房攝影篩檢巡迴車(醫院)名稱：

____年____月

日期	地點	受檢人數

備註：統計於屏東縣以乳攝車執行婦女乳房攝影巡迴篩檢人數，不統計院內。

填報人：

連絡電話：

電子信箱：

屏東縣乳房攝影巡迴車出車異常表

附表二

填報機構名稱：

事件日期： 年 月 日

情況說明：

處理方式：

備註：請於三個工作日內填妥本表電子信箱至衛生局癌症防治窗口。

填報人：

科室主管：

連絡電話：

電子信箱：