

# 衛生福利部疾病管制署

## Anti-Platelet Factor 4 (Anti-PF4) antibody 送驗單

填報日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

A. 適用時機：個案於 COVID-19 疫苗接種後 28 日內，發生疑似血栓併血小板低下症候群（TTS）症狀，且經臨床醫師評估診治。

B. 請勾選疑似血栓併血小板低下症候群（TTS）送驗條件：

1 通報至「疫苗不良事件通報系統」(VAERS)	<input type="checkbox"/> 是，通報日期：民國_____年_____月_____日，通報編號：_____		
	<input type="checkbox"/> 否（必須通報至 VAERS 才能送檢）		
2 COVID-19 疫苗接種史	廠牌	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	接種日期	民國_____年_____月_____日	
	接種劑次	<input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 追加劑 <input type="checkbox"/> 其他	
3 臨床症狀	<input type="checkbox"/> (1) 嚴重持續性頭痛、視力改變或癲癇（任一皆為腦靜脈竇血栓之可能症狀）， <input type="checkbox"/> (2) 嚴重持續性腹痛（腹內靜脈血栓之可能症狀） <input type="checkbox"/> (3) 四肢腫脹或疼痛（深層靜脈血栓或動脈血栓之症狀） <input type="checkbox"/> (4) 嚴重持續性胸痛或呼吸困難（心肌梗塞、肺栓塞之可能症狀） <input type="checkbox"/> (5) 其他(請說明)_____		
	發生日期：_____		
4 相關檢查與處置	(1) 最低血小板計數	日期：	檢測值： (K/ $\mu$ L)
	(2) 最高 D-dimer	日期：	檢測值： (含單位: )
	(3) 經影像學相關檢查 是否懷疑有血栓發生	<input type="checkbox"/> 是，部位(請說明)：_____	
	(4) 是否曾經使用 TTS 治療藥物	<input type="checkbox"/> 是，為下列何者： <input type="checkbox"/> IVIG，使用日期：_____	
		<input type="checkbox"/> 類固醇，使用日期：_____	
		<input type="checkbox"/> 抗凝血藥物，藥物名稱_____， 使用日期：_____	
		<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____	
		<input type="checkbox"/> 否	

C. 送檢資訊：

1 個案資訊	姓名		性別	
	身分證字號		出生年月日	
2 醫療院所				
3 採檢資訊	採檢日期		檢體數量(管)	
4 診斷醫師	姓名			
	電話			
5 聯繫窗口	姓名			
	電話			
6 檢測結果 回覆 e-mail	(檢測結果將以 E-mail 回復醫院，請填列正確 E-mail 以取得報告)			

## ➤ 採檢及運送注意事項

- ✓ 採血10c.c 置於生化、血清採血管（金黃蓋採血管，含 SSTR Gel 及凝固活化劑）。
- ✓ 若檢體有限，血清可只提供1c.c。
- ✓ 檢體寄送時，請一併備妥1管相同的「空採血管」，以供離心使用。
- ✓ 送驗單位於平日8:30至17:30為收件時間，夜間及假日採檢之檢體，請保存於4°C（冷藏、冰箱下層）。
- ✓ 運送地址與收件人：請通報醫院透過衛生局所聯繫疾病管制署各區管制中心 VAERS 窗口，確認運送方式與送檢窗口。
- ✓ 此送驗單填報完，請掃描上傳至 VAERS 系統，送驗單紙本併檢體需一起寄送至檢體收件單位。

## ➤ 檢測結果告知方式

- ✓ 檢測結果將以 e-mail 發送至送檢單填寫之醫院窗口。
- ✓ 如為特殊個案，將以電話聯繫並口頭回覆檢測結果。

## ➤ 建議採檢時間點

- ✓ 臨床高度懷疑時（使用治療藥物前）
- ✓ 如果有使用 IVIG 在注射後第四天再次檢驗
- ✓ 如果病情出現變化也可以緊急抽血
- ✓ 診治醫師亦可考量每日追蹤 CBC/DC, PT/APTT, Fibrinogen, D-dimer , FDP, protein-S, protein-C