

1065001

新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192-1號
承辦人：曹惠萍
電話：(02)22577155 分機1733
傳真：(02)82522621
電子信箱：am3149@ntpc.gov.tw



104
中山區民權西路70號

受文者：台灣婦產科醫學會

理事長	秘書長	秘書	掃描
	曹長黃閱照	林家翹	

發文日期：中華民國106年1月9日
發文字號：新北衛健字第10600104311號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：AFP篩檢同意書(附件1)、母血甲型胎兒蛋白申領清單及領據(附件2)、補助作業說明(附件3)

主旨：本局自106年1月1日起，提供設籍本市曾孕育脊裂兒之婦女減免第二孕期母血甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用，惠請貴院所協助，請查照。

說明：

一、胎兒在發育過程中因神經管閉合不全導致「脊裂」，嚴重者將導致下肢癱瘓及大小便失禁，需終生使用尿管、尿布、無法行走，造成家庭照顧負荷及經濟負擔，有鑑於此，本市自106年1月1日起增加曾孕育過脊裂兒之婦女再次懷孕時，減免第二孕期甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用。

二、民眾申請方式：

- (一)補助對象：設籍本市且曾經孕育過脊裂兒再次懷孕之婦女。
- (二)補助方式：第二孕期產檢時，提供母血甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用補助最高300元。
- (三)檢附資料：1. 曾孕育脊裂兒之診斷證明、2. 戶口名簿正本
- (四)申請流程：於第二孕期至產檢醫事機構進行產檢時檢附前揭資料，並填寫篩檢知情同意書(附件1)，即可接受檢查。

三、醫療院所申報方式：產檢醫事機構填具醫療補助款申領清單及領據(附件2)連同個案篩檢知情同意書、曾孕育脊裂兒之診斷證明、及身分證明文件於次月10日前送本局審核。

四、檢附篩檢補助作業說明(附件3)1份。

正本：新北市產檢醫事機構、台灣婦產科醫學會

副本：

局長 林奇宏

本案依分層負責規定授權業務主管決行



新北市政府衛生局血清甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢知情同意書

一、 篩檢說明：

發生開放性神經管缺陷的胎兒，母親血清中的胎兒蛋白含量升高，因此測量母體血清中胎兒蛋白亦有助於篩檢出開放性的脊裂。測量母親血清 AFP 含量最適當的時間是在孕期 16-18 週，測量血清 AFP 含量約可篩選約 80-90%無腦畸形胎兒及 50%開放性脊裂胎兒，約 5%血清 AFP 測試為假性，因此所有血清 AFP 陽性孕婦需接受羊水穿刺檢查。

從篩檢孕婦血清中的胎兒蛋白 (AFP) 及胎兒超音波與磁振檢查，可改善產前診斷並終止懷孕等方法，可大副降低開放性神經管缺陷，尤其是脊髓脊膜膨出的出生罹病率。

二、 補助資格：曾孕育脊裂兒之婦女。

三、 補助項目：第二孕期血清甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢補助。

我已詳閱並符合上述補助資格(受檢者親自簽名)：_____

日期：_____年 月 日

* 為維護各特約醫療機構服務及民眾受檢品質，受檢資料將作為本局公共衛生業務用途。

身分證件資料黏貼處

.....

補助第二孕期甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用補助款申領清單及領據 (醫療院所用)

年 月份

個案姓名	個案戶籍 所屬 鄉鎮市區	檢查日期	申請補助金額 (依實核銷)
			(AFP)篩檢費用
			每案最高300元
合計	案	元	
總金額	新台幣	仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整	

茲領到 年 月份第二孕期甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用補助款計

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 新北市政府衛生局

主辦人員：_____ (請簽章)

醫院 (診所)

出納人員：_____ (請簽章)

名稱 (全銜)：請寫全銜及蓋機關章

會計人員：_____ (請簽章)

醫院 (診所) 統一編號：

院 長：_____ (請簽章)

聯絡電話：() _____ 註：私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：() _____

撥款之行庫名稱：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

母血甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢補助作業說明

一、民眾費用申請方式

(一)補助對象：設籍本市，曾經孕育過脊裂兒再次懷孕之婦女。

(二)補助方式：第二孕期產檢時，提供母血甲型胎兒蛋白(AFP)篩檢費用補助最高 300 元。

(三)檢附資料：1. 曾孕育脊裂兒之診斷證明 2. 戶口名簿正本

(四)申請流程：產婦於第二孕期至產檢醫事機構進行產檢時，檢附前揭資料，填寫篩檢同意書，篩檢母血甲型胎兒蛋白(AFP)可直接減免篩檢費用。

二、醫療院所申報方式

產檢醫事機構辦理申請篩檢費用補助，應填具醫療補助款申領清單及領據(附件 1)連同個案篩檢知情同意書、曾孕育脊裂兒之診斷證明、及身分證明文件於次月 10 日前送衛生局審核。

