

## 如何創作跨領域團隊合作照護教育之理想教案

中國醫藥大學北港附設醫院

教研部主任/婦產科 鄭希彥 主任

感染管制小組 王紫緹 感管師

秘書室 蔡馨芳 專員

**通訊作者：**鄭希彥

**地址：**雲林縣北港鎮新德路 123 號

**Tel:** 886-5-7837901 Ext.1213

**Fax:** 886-5-7836439

**E-mail:** [shiyann@ms18.url.com.tw](mailto:shiyann@ms18.url.com.tw)

## 前言

「跨領域團隊合作照護教育」又稱為「專業間教育」(Interprofessional Education, IPE)，其目的在於藉由教育培育出「具備合作與團隊照護能力的醫療專業人員」來達到跨領域團隊合作照護(Interprofessional practice, IPP)，最終目標是希望提升醫療照護品質與增進病人安全。

國際間倡議 IPE 始自 1980 年代後期，而美國醫療研究所(Institute of Medicine, IOM) 更於 2003 年發表「醫療專業人員的教育」，在其中提出「醫療專業教育改革」是跨越醫療品質鴻溝的橋樑。為了實現優質安全的醫療，書中強調必須讓未來的醫療專業人員具備五項核心能力，包括：以病人為中心的醫療、跨領域的團隊工作、基於實證的專業執行、醫療品質的促進與資訊技術的利用。此後，IPE 相關的醫學教育研究迅速地成為顯學<sup>[1]</sup>。由於多數醫療相關的不良事件與醫療團隊內部缺乏合作與溝通相關，推行 IPE 的假設前提便是相信藉由改善專業間教育可以改善跨領域團隊合作照護。依據考科藍資料庫(Cochrane Database)對近年來 IPE 研究文獻的回顧，已經有足夠的證據指出 IPE 能夠啟動有效的合作照護，進而提供最適化的醫療照護，並強化醫療體系的架構<sup>[2]</sup>。

然而要以何種教育方式來推動 IPE，目前並無定論。依據英國的

「專業間教育促進中心 (Center for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE, 2002)」的定義最能清楚表達專業間教育的意義。專業間教育指發生在兩個或兩個以上專業領域間的教學活動，教學過程中各專業人員與其他專業人員一起學習、從其他專業人員處學習、並且學習有關其他專業 (two or more professions learn with, from and about each other) 的相關事項，以促進專業間的合作及病人照護的品質。跨領域團隊合作照護教育鼓勵專業間有良好的溝通，減少意見交流的障礙，才可以更有效率的團隊活動來合作協商解決問題，並促使病人照護的路徑順利運作。唯須提醒注意，跨領域團隊合作照護教育的重點並非在學習其他領域的專業技能，而是要學習恰當應共同熟知的「知識、態度、技能」及彼此的「商量 (approach)」，學習不同專業間如何以尊重的態度互動，需要協助時如何正確的接觸對象、並適時求援。目前各醫院所普遍採用的案例聯合討論會並非推行 IPE 的最佳方式，因為這種方式容易被框架於過往討論會的學習經驗，在實作上雖用一個涉及多專業的個案情境開始，但在檢討及討論時卻在各自領域中各自教學、各自討論自己在此個案情境下所偏重的專業內容，而沒有著重於瞭解別人的角色與促進合作的學習及互動，而容易流於多學科專業教育 (Multiprofessional Education, MPE)，無法達到改善合作照護的成效。因此，如何推動 IPE 與如何設計 IPE 情

境教案，便成為是否能達成 IPE 教育目標的關鍵所在。

## IPE 推動方式與教案設計

如何推動跨領域團隊的教育訓練並無定論，英國倫敦東南方的國王學院 (King's College of London) 的實驗性作法或許可以參考。首先，進行課室講授的基礎學習課程，再由跨團隊的成員齊聚一堂，由受過師資培訓的主持人針對特定主題（例如某一臨床診斷治療案例、倫理議題或病安議題等）進行公開、坦承的討論，所有相關領域成員齊力尋求該主題的最佳處理方式或解決對策，分別將決議施行於臨床實務工作；其次，所有成員再以跨領域的方式學習此實務操作；經過前述兩階段後，所有成員對自己及其他領域的角色、功能、決策理念等產生一定程度的瞭解，此時即可一起工作及學習，並合力因應、處理日常醫療照護業務中常見的類似問題或挑戰<sup>[3]</sup>。然而，為使此醫療議題的實務操作能夠廣泛的推廣及留傳，一個既實務又良好的教案創作是**非常需要的**。此時就需根據第一階段在討論遭遇到的困境或問題時所得到一致的對策來撰寫，並條列所有問題促使討論反思。如此以問題導向式的教案不但可使第二階段的實務操作有所遵循，也可使後來的學習者有範本可依循，以達事半功倍的效果。

## IPE 教案架構

承上所述依臨床情境來創作 IPE 教案，而理想教案的內容可遵循周致丞醫師所提之教育內容模式，即「雙 C 的知識態度技能 (Double Core/ Contextualized Knowledge、Attitue、Skill，DCKAS)」<sup>[4]</sup>。此內容模式包括核心 (core) 與情境特定 (contextualized) 的知識、態度及技能等六部分的說明。核心知識指對醫療體系、制度、法規的一般性理解，夥伴專業人員的角色與範疇，自身與他人的專業定位，而這些知識是依循專業團隊的共同準則，而非僅依照自身專業醫療的知識準則；情境特定知識則指各醫療專業在該案例此類情境下，所可提供醫療服務的專業知識。其次，核心態度乃指以病人為中心的照護態度並落實在照護時所採用的方式，支持並尊重團隊夥伴的角色與觀點，隨時注意照護過程的團隊議題，採勝任者擔任或問題導向的領導模式而非依照位階或職別來領導，視矛盾、錯誤或衝突為團隊責任非追究個人；情境特定態度則指在該案例此類情境下，釐清病人真正需求，並兼顧健保資源，整個團隊需形成一致性態度，基於公平正義使病人得到真正所需的照護。最後，核心技能乃包含團隊合作技能及醫療團隊資源管理能力；情境特定技能則指各醫療專業在有效溝通後，釐清此個案在此類情境下真正需要之醫療照護，各個專業成員針對此類病人擬定周全延續性的照護計畫。此外，尚需包括前言、教學對象、

教學方式與教學目標的說明，而這些說明提示都是根據案例的情境描述來書寫。依此架構所設計的 IPE 教案，除涵蓋以病人為中心、促發學員應用團隊合作所需的知識、態度、技能等核心能力外，更將此三面向擴展至與案例相關的特定情境中，並在討論檢討問題時促使反思學習，如此才能獲得完整六個面向的經驗。

為使讀者能清晰了解此種教案架構，今以實際之示範教案（附件）來作說明：

教案題目：依據案例情境以吸引人的文句做抬頭。

前言：簡要說明此教案的背景。

教學對象：包括哪些醫療專業人員。

教學方式：以何種方式進行。

教學內容：說明可學習到的核心與情境特定的知識、態度、技能等。

不一定全包括此六部份，視案例的不同而定。

教學目標：說明此教案所設定的學習目標。

案例情境：以文字描述整個案例情境發生的經過。

問題討論：提出案例情境中所遭遇的困境或問題。

主持人指引：主持人的角色與事先所需知道的相關資訊，可以簡要說明或註明可在何處參考相關文獻。

此處要特別強調主持人的角色為引導促進者（facilitator），需利用情

境激發不同專業間參與者的互動，並引導互動討論的內容邁向 IPE 的教學目標。以此理想的教案來推動 IPE 才不致方向錯誤，也才能抵達目標。

## IPE 訓練評量

學員經由 IPE 基礎學習課程及情境教案訓練後，可依克伯屈模式（Kirkpatrick model）的系統化 4 層次對「訓練成果」作評量<sup>[5]</sup>，以便爾後對 IPE 的課程不足處作適時的調整。評量方式說明如下：

1. 層次 1 「反應」(Reaction) 評量：以課程滿意度問卷來調查。
2. 層次 2 「學習」(Learning) 評量：以前-後測筆試、病人安全臨床查核表與 OSCE 來實施。
3. 層次 3 「行為」(Behavior) 評量：以三百六十度評估與相隔時間為一年之前-後「病人安全態度量表」來衡量。
4. 層次 4 「成果」(Results) 評量：以各類病安事件通報件數及嚴重度來衡量。

## IPE 之規劃與展望

醫策會重視 IPE 在國際間之發展趨勢，不論在新制醫院評鑑或「教

學醫院教學費用補助計畫」之實地稽核，均要求教學醫院應有多元化的跨領域團隊合作照護訓練，並能落實辦理相關的教育訓練；同時也舉辦多場次的跨領域團隊合作照護相關教學活動與編輯出版「跨領域團隊合作照護臨床案例討論教案」。有鑑於理想的教案乃IPE能否成功的關鍵因素，故提出本院在這方面的經驗與作法供醫教界參考。

本院自2009年正式實施「培養醫學生在醫療體系下行醫能力的新課程」於醫學生以來，即以情境教案搭配問題導向式的小組討論作為在整合模組中的教學方式，深獲學生高度正面的回饋且評價高於其他任何模組<sup>[6]</sup>。雖然此教學方式目前僅限於來本院實習的醫學生，未來可擴大至不同專業的實習學生如護理、醫技、藥劑、醫管等，讓他們相聚一起並以適當的情境教案來共同學習；若能在畢業前就能奠定跨領域團隊合作照護的基本知識、態度與技能，相信未來在職場上才能有密切的團隊合作。除此之外，本院也持續積極在特定主題（如某臨床診斷治療案例、倫理議題或病安議題等）經公開坦承的討論得出共識後，設計出理想的情境教案，以供本院在職人員IPE繼續教育使用。

總之，以問題導向情境教案的教學方式提供不同專業領域人員有互動、溝通的機會，期待經由跨領域的案例討論方式，受訓人員能了解其他領域的專業內容，進而瞭解各專業在病人照護過程中所扮演的不同角色。唯有彼此接觸、瞭解其他領域的專長、價值觀，打破舊有

的層級隔閡，建立正確的團隊觀念，才能達到最佳的分工合作，進而提供病人完整無誤的醫療照護。

### 參考文獻

1. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach* 2007;29(8):735-51.
2. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD002213.
3. 王憲華。跨領域團隊照護之教育訓練。醫療品質雜誌 2010；4(4)：83-5。
4. 周致丞。跨領域團隊合作照護教育的內容結構與教案規劃概念。醫療品質雜誌 2011；5(5)：67-73。
5. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
6. 鄭希彥、陳偉德、黃俊寅、陳祖裕、李采娟。培養醫學生在醫療體系下行醫能力的新課程。醫學教育 2011；15(2)：96-105。

## 〔附件〕示範教案

### 教案題目：HIV 帶原病患蔡先生的太太懷孕了！

#### 前言

HIV帶原病患蔡先生對配偶隱瞞自己的病情，使得蔡太太在懷孕生產前，都還不知道蔡先生的病情。同時衛生所的護士，在維護病患隱私的法律框架下，也僵化不敢透露，且未與醫院的醫療團隊作良好的互動溝通。使得蔡太太與生產照護的醫療人員，在蔡太太分娩時，面臨一連串的衝擊！

#### 教學對象

社區公衛群醫護相關人員、主治醫師、住院醫師、實習醫師，專科護理師，病房、產房、門診、急診之護理人員，與感染科專科醫師、感控師。

#### 教學方式

桌上討論、角色扮演之演練

#### 教學內容

##### 核心知識

- 社區公衛群醫療體系制度，傳染病防治法與人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

- 公衛群與醫療體系專業人員的角色與範疇
- 傳染性疾病之病理與AIDS相關知識(包括感染途徑、症狀、治療與預後);並釐清愛滋病與HIV感染帶原之差異。

#### 情境特定知識

- 感染HIV孕婦或產婦的妊娠照護

#### 核心態度

- 以病人為中心的照護態度並落實在照護時所採用的方式
- 支持並尊重團隊夥伴的角色與觀點
- 隨時注意照護過程的團隊議題
- 視錯誤或衝突為團隊責任非追究個人

#### 情境特定態度

- 醫護人員面對HIV感染者及其配偶應秉持的態度

#### 核心技能

- 促進團隊合作默契
- 培養領導、溝通、守望、相助四種技能

#### 情境特定技能

- 醫護人員與HIV感染者及其配偶的溝通技能

### 教學目標

1. 認清愛滋病患醫療照護之倫理議題。

2. 針對社區防疫來釐清衛生行政官員與醫護人員之間的角色責任與聯絡溝通管道。
3. 理解傳染病防治的相關法律規定。
4. 藉案例的討論演練，培養跨領域團隊合作的知識、態度與技能。

### 【案例情境】

這天，在衛生所工作的張護士，依慣例來到溪岸社區公衛群所列表管的 HIV 感染帶原病患蔡先生家中，了解其在愛滋病防治的杏林醫院，持續治療的情形，意外發現蔡太太已經懷孕 28 週。望著蔡太太無辜的臉龐，張護士心中大喊不妙，因為基於保護蔡先生的個人隱私，她從來沒有告訴蔡太太真相，現在事情大條啦，只好硬著頭皮囑咐這對夫婦，一定要到杏林醫院做產檢及生產，張護士並趕快向杏林醫院報備此一個案。

沒想到蔡先生認為杏林醫院過於遙遠，還是帶著太太在社區的雲鄉醫院做產檢。當張護士再次家訪時，發現蔡太太仍未到杏林醫院做產檢，此時蔡太太的胎兒已 36 週。於是張護士電告雲鄉醫院門診的魏護士，蔡太太為特殊個案，一定要轉到杏林醫院生產。「請問原因是什麼呢？」魏護士心啟疑竇，但是張護士一本初衷地回答：「這是

病人的隱私，不能告知；而且貴院的設備不足，無法照顧此病人。」

### 【問題討論】

1. 蔡先生為 HIV 感染帶原病患，是否可以隱瞞配偶此項傳染病？  
就法律規定與倫理爭議分別討論。
2. 蔡太太被感染 HIV 的機率有多高？是否應接受愛滋病篩檢？
3. 張護士應如何與蔡先生、蔡太太溝通此一病情？並如何安排蔡太太爾後的愛滋病篩檢與產檢？
4. HIV 感染後，是否有性行為與生育的權利？生下愛滋寶寶的風險為何？
5. 張護士對於照顧愛滋病有關聯的醫護人員，是否需因尊重病人的隱私權而不能告知？
6. 如果你是張護士，應如何處理此項個案才符合專業倫理？

### 【續發情境】

魏護士將「蔡太太為特殊個案，衛生所告知須到杏林醫院生產。」告訴於幫蔡太太做產檢的婦產科鄭主任，鄭主任隨即再查閱一次蔡太太的病歷，得知蔡太太在 10 週時所做的 HIV 篩檢為陰性，同時在上一胎（去年陰道生產）的篩檢亦為陰性，此時鄭主任甚感疑惑，到底有無感染 HIV！故決定在下週的產檢時間，當面與蔡先生和蔡太太討論相關訊息與病情，及適當的生產醫院。

在預約產檢的前一日（妊娠已 37 週），蔡太太感到下腹不適。蔡先生隨即帶至雲鄉醫院的門診做檢查。該院當日門診由許醫師及何護士當班，在做完內診後得知子宮頸口已開 5 公分，立即辦理入院。產房護士在給予待產準備（甘油球灌腸排便，會陰毛髮剃除，靜脈點滴注射）後，接到門診何護士的通知：「衛生所有指示，此產婦為特殊個案，需轉到杏林醫院。」產房護士及婦產科專科護理師，立刻聯絡杏林醫院準備，並以救護車護送至該院，安全生產。

### 【問題討論】

1. 如何篩檢愛滋病疑似病患，步驟為何？如為孕婦有沒有不同？
2. 若確定蔡太太沒有感染 HIV，張護士還須堅持蔡太太到杏林醫院生產嗎？
3. 對感染 HIV 孕婦的胎兒，應如何保護？胎兒的權益應如何保障？
4. 魏護士的交班方式是否恰當？應如何改進？

### 【續發情境】

產房護理長發覺此一事件的流程有許多缺陷，故提出異常事件反應單，並召開聯合討論會，請婦產科的鄭主任、許醫師、婦產科專科護理師、門診護理長、魏護士、感染管制小組的王感管師與產房的護理人員，共同參與檢討這項事件。

在會議上，經過激烈的討論後，擬出在醫療品質或專業倫理需改進的關鍵點如下：

1. 衛生所張護士應在發現事情之早期，將實情具體告知本院的感染管制小組、相關醫療人員，及產檢醫師。同時，王感管師須與衛生所溝通，確定這事件的標準流程。
2. 產檢醫師若儘早得知蔡先生為 HIV 帶原病患，可在蔡太太整個妊娠期中，依標準流程做 HIV 篩檢。若確定沒有感染，應不須轉至愛滋病防治醫院生產。
3. 當接獲得知蔡太太個案時，門診護士除通知醫師外，也應即時通知產房、急診與感染管制小組，以便蔡太太來院生產時，即刻轉送至杏林醫院。才不致使護理人員在待產準備中，因不知情而不慎受到感染，所以在交班制度上，確實有進一步檢討改進的空間。

與會的各層面人員皆認同愛滋病之社區防疫，需要團隊間密切連繫，並依據倫理原則做有效之應變。

### **【問題討論】**

1. 醫院為何有感染管制小組（或感染管制室）的設立？其任務為何？
2. 對感染 HIV 病患的配偶如何作 HIV 篩檢？若意外懷孕了，其

通報的標準流程為何？

3. 如何運用醫學倫理原則於此一案例？

### 主持人指引

1. 情境教案需於討論演練前先發給教學對象，以便學習者先行閱讀省思核心問題所在，使在討論時能有效率的進行。而主持人的角色為引導促進者，需利用情境激發不同專業參與者間的互動，並引導互動討論的內容邁向 IPE 的教學目標。
2. 當病患的「隱私自主」與「不傷害」的兩大原則相衝突時，應以「不傷害」原則為優先，而本案例的情境可參閱「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」之第十二、十三、十四、十五條的規定。本案個案礙於心理上的障礙，對配偶有所保留與隱瞞病情，雖病人隱私應保護不可透露，但也因此可能導致個案配偶在不知情的情況下受感染，甚至產下愛滋寶寶，所以主管機關應與個案溝通，必要時亦可藉由感染之專業醫師，傳達正確觀念與訊息。當主管機關愛滋防治人員在接獲個案為通報列管個案時，應及時與個案溝通，給予 HIV 相關的教育資訊，適時介入溝通，取得個案同意後，鼓勵個案帶領配偶至單獨隱密之協談室，藉由專業醫師對感染者之配偶給予正確且必要之篩檢與知識。

3. 愛滋病毒會透過母親懷孕胎盤、分娩過程和哺餵母乳等感染給嬰兒。感染機率在 30-45% 之間。透過篩檢，如發現孕婦感染愛滋病毒，目前已知有效的方法為：懷孕期間服用預防性抗反轉錄病毒藥物、剖腹產和使用母乳代替品哺餵，阻斷愛滋病毒傳染給小孩，且經由藥物治療也有助於感染愛滋病毒母親的健康。
4. 2008 年 1 月 18 日行政院衛生署公告「有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍」，其中明訂嬰兒其生母查無孕期人類免疫缺乏病毒檢查報告或診治醫師認為有檢查必要者，皆必需接受檢查。醫護人員應有勸說之義務，於每次產檢時衛教鼓勵孕婦接受篩檢，同時可將名單轉介給個案居住地衛生局所視需要訪查衛教，或持轉介單至衛生所免費接受愛滋病毒檢驗，以增加孕婦對篩檢的認知。
5. 基於「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」其中第十四條規定：主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。此項規範中「除依法律規定或基於防治需要者外」，此例外情況為考量醫療機構當下為治療病患可能執行高危險性醫療行為時，主管機關有

告知醫護人員的義務，以免感染擴大。

6. 孕婦篩檢愛滋病流程與一般疑似病患的步驟相同，皆必須口頭或書面取得個案之同意後，始可以進行愛滋病篩檢，請見愛滋篩檢作業流程圖。

7. 2008 年行政院衛生署疾病管制局開始實施「新生兒愛滋篩檢計畫」，實施方法與流程：

A. 新生兒愛滋篩檢需由新生兒的法定代理人生父、生母或適格法定代理人簽具同意書，其執行方式是先做一次快速的檢驗，檢測新生兒血液檢體中是否有愛滋病毒（HIV 1/2）抗體的存在，發現高危險性個案，再進行抽血複檢確認。

B. 檢體來源：

(a) 臍帶血：由產房醫護人員於產婦第三產程時，胎盤娩出母體之前或之後採集臍帶血。

(b) 腳跟血：如無法及時採集臍帶血者，則採集新生兒腳跟血，並最好於出生 4-6 小時內，由醫護人員進行快速篩檢檢測。

C. 新生兒快速篩檢結果呈陽性者：

(a) 一般婦產科醫療院所：請立即通知當地衛生機關，經由衛生機關協助將產婦及其新生兒轉介愛滋病指定

醫院，俾利後續照護治療。愛滋病指定醫院名單，請連結疾管局網站查詢<http://www.cdc.gov.tw/>。

(b) 愛滋病指定醫院：新生兒出生 6-12 小時內，應予預防性投藥治療，以預防母子垂直感染。

8. 感染管制是醫院醫療品質管制不可或缺之一環，是利用流行病學之方法監視及管制醫院醫療照護相關感染發生而發展出來之一跨部門醫護領域之團隊，近年來受到國家衛生機構及評鑑之重視，規定各醫院必須設立感染管制委員會，以維護醫院之醫療照護品質及病人安全。醫院成立的感染管制小組，成員應包括感染管制師、感染症專科醫師以及專業感染管制醫檢師，專業藥劑師等，實際負責醫院各種感染監測與防治之工作。主要工作任務包括：

(a) 擬定感染管制政策，經感染管制委員會認可後執行之。

(b) 執行醫療照護相關感染之監測、調查與控制。

(c) 員工感染管制的教育訓練。

(d) 傳染病通報與預防。

感染管制的主要目標為預防住院的病人發生「醫療照護相關感染」(美國疾病管制局 2004 年之新定義中使用 health-associated infection, HAI 取代 nosocomial infection)，旨在維護病人安全

及提升醫療品質，並提供醫院同仁一個安全的工作環境。感染管制小組進行感染之監視必須跨及醫療、護理、甚至行政及外包單位之各種領域，除了監測預防感染，還必須扮演教育者的角色，感染管制是一門專業領域，新進人員對於感染管制之認知可能僅有基礎或者更少，故針對各類醫事人員，定期安排「感染管制簡介」課程，此勤前教育訓練亦成為評鑑重視的項目之一。除此之外，也針對全院在職人員安排感染管制相關的在職訓練，以增進全院醫療相關人員之感染管制相關認知，提升醫療照護品質。

9. 人類免疫缺乏病毒感染（HIV 感染）通報之定義：

(a)成人、青少年或 18 個月以上的個案，符合檢驗條件：

i. 血清學抗體檢測（ELISA 或 PA）二次陽性且經西方墨點法檢驗確認陽性反應。

ii. 血清學抗體檢測（ELISA 或 PA）二次陽性，西方墨點法檢驗無法確認，而核酸檢測陽性。需檢附二份核酸檢測陽性報告，其中一份需為疾病管制局複驗報告。

(b)新生兒疑似 HIV 感染

(c)年齡小於 18 個月以下個案，具有下列任一個條件：

i. 感染愛滋病毒孕婦所生之新生兒。

ii. 產婦或新生兒愛滋篩檢之快速篩檢及 ELISA 或 PA 呈陽性者。

10. 西方墨點法確認陽性的愛滋孕婦，應告知孕婦和簡要說明後續治療轉介流程，並依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，填寫傳染病通報單（請加註「孕婦」身分），於 24 小時內向當地衛生局通報。並電話通知衛生局人員。衛生局人員收到電話或通報單後，應與通報之婦產科密切聯繫，並將個案轉介至愛滋病指定醫院就診。由愛滋病指定醫院和衛生局負責陽性個案後續照護服務和執行相關預防性治療。衛生局應與愛滋病指定醫院合作，提供個案充分資訊和衛教諮商。原則如下：

- (a) 愛滋病指定醫院應提供充分資訊，包括透過藥物治療等降低風險性等，以利個案和家人判斷。
- (b) 懷孕初期的愛滋孕婦，可建議其終止妊娠。但是否終止妊娠，由個案決定。
- (c) 選擇繼續妊娠的愛滋孕婦，必須至指定醫院看診，由醫師進行投與預防性藥物等措施。

## 愛滋篩檢作業流程圖

