

明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒事件處理要點

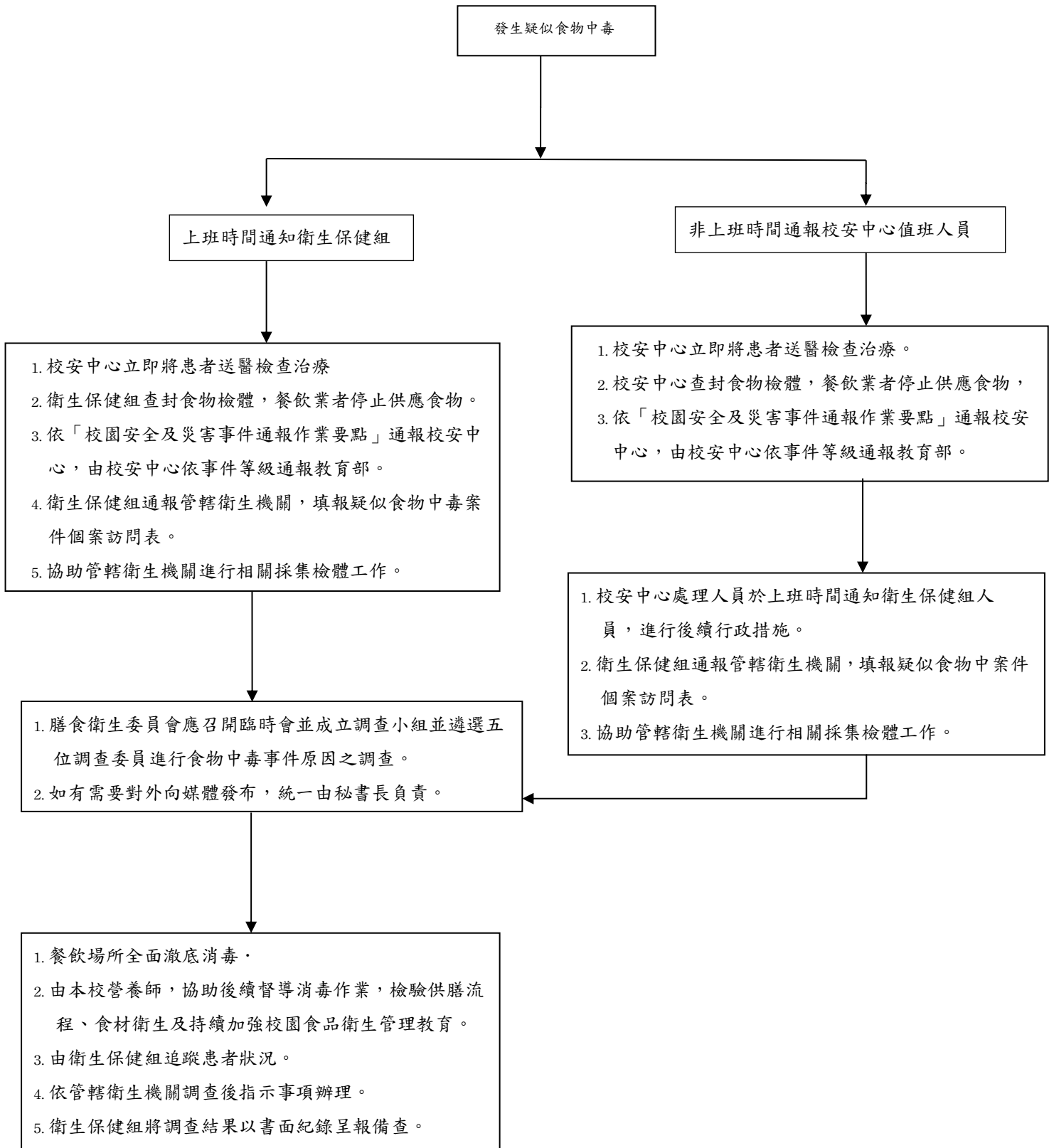
110年06月08日行政會議通過

- 一、為使明新學校財團法人明新科技大學教職員工生在校內發生疑似食物中毒事件時，對處理程序有所遵循，訂定本校疑似食物中毒事件處理要點(以下簡稱本要點)。
- 二、適用時機: 校內遇有疑似食物中毒事件發生時，應依本要點之流程處理。
- 三、上班時間處理要點
 - (一)校安中心立即協助將患者送醫檢查治療。
 - (二)衛生保健組連絡管轄衛生機關，填報疑似食物中毒案件個案訪問表。
 - (三)衛生保健組至現場拍照存證，查封食物檢體，餐飲業者停止供應食物，情況嚴重時先停業。
 - (四)依「校園安全及災害事件通報作業要點」通報校安中心，由校安中心依事件等級通報教育部。
 - (五)衛生保健組協助管轄衛生機關執行相關採集檢體工作：食物檢體、剩飯、剩菜、患者嘔吐物及排泄物等。
- 四、非上班時間處理要點：
 - (一)校安中心立即協助將患者送醫檢查治療。
 - (二)校安中心協助至現場拍照存證，查封食物檢體，餐飲業者停止供應食物，情況嚴重時先停業。
 - (三)依「校園安全及災害事件通報作業要點」通報校安中心，由校安中心依事件等級通報教育部。
 - (四)校安中心處理人員於上班時間通知衛生保健組人員，進行後續行政措施。
- 五、疑似食物中毒事件發生後，膳食衛生委員會應召開臨時會並成立調查小組，主任委員擔任召集人，並由召集人遴選五位調查委員，由衛生保健組進行食物中毒事件原因之調查，將調查結果呈報校長並公告週知。
- 六、後續處置
 - (一)餐飲權責管理單位進行餐飲場所全面徹底消毒。
 - (二)由本校營養師，協助後續督導消毒作業，檢驗供膳流程、食材衛生及持續加強校園食品衛生管理教育。
 - (三)由衛生保健組追蹤患者狀況。
 - (四)依管轄衛生機關調查後指示事項辦理，
- 七、本要點經行政會議通過，陳請校長核定後發布實施，修正時亦同。

明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒事件處理小組

職務	名稱	職掌
召集人	校長	召集危機處理小組人員處理一切事宜。
副召集人	副校長	協助召集危機處理小組人員處理一切事宜。
發言人	秘書長	負責有關對外發言與新聞發佈事宜。
執行秘書	學生事務長	統籌食物中毒事件處理事項。
校園安全組	學生事務處 校安中心 生活輔導組	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 隨車護送病患就醫並協助辦理醫療住院手續(隨車護送者)。 ◇ 通知導師、聯絡家長。 ◇ 送醫人員填寫『疑似食物中毒就醫紀錄表』(附件四)並回報各送醫病患就醫情況。 ◇ 校內、外以及上級機關之通報聯繫事項。 ◇ 開危機小組會議並作會議記錄。
後勤支援組	總務處	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 協助調派救護車輛。 ◇ 統籌校內各項器材支援及有關後勤全般事宜。
醫護檢驗組	衛生保健組	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 執行緊急救護措施。 ◇ 填寫『疑似食物中毒事件通報紀錄表』(附件二)向管轄衛生機關通報。 ◇ 填寫『食物中毒案件個案訪問表』(附件三)供衛生局人員參考，以瞭解症狀發生的經過及可能造成食物中毒的嫌疑食品。 ◇ 協助管轄衛生機關執行調查原因及採集檢體等相關工作。 ◇ 加強督導餐飲供應場所衛生安全。 ◇ 協助辦理學生團體保險理賠事項。 ◇ 衛生保健組將調查結果以書面紀錄呈報校長。
輔導組	諮商輔導暨職涯發展中心	統籌學生及家長身心輔導與安撫之事宜。

明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒事件作業流程



明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒事件通報表

- 一、 通報時間：____年____月____日____時____分
- 二、 通報單位名稱、地址：_____
- 三、 通報單位聯絡人姓名、電話：_____
- 四、 共同攝食的時間：____年____月____日____時____分
- 五、 攝食總人數：_____人，疑似中毒人數：_____人 就醫人數：_____人
- 六、 發病時間：____年____月____日____時____分起
- 七、 發病地點：_____
- 八、 主要症狀：嘔吐頭暈腹瀉腹痛其他：_____
- 九、 食品供應商名稱、地址：_____
- 十、 攝食內容（菜單）：_____
- 十一、 事件簡述：

明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒案件個案關懷表

系所、年級： _____ 填表日期： 年 月 日 時 分

一、個案姓名： _____ 性別：男、女 年齡： _____

二、症狀開始發生時間： 月 日 時 分

三、症狀：（可複選）

發燒、咳嗽、流鼻水 頭痛、眩暈、

噁心、嘔吐、腹絞痛、腹瀉、

面潮紅、發癢、發疹、複視、眼皮下垂、麻痺、

說話困難、呼吸困難、吞嚥困難、其他（請列出）

四、症狀發生前12小時進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	(月 日 時 分)	(月 日 時 分)	(月 日 時 分)
餐 飲 食 品 名 稱	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

五、是否就醫：是、否 就醫時間： 月 日 時 分

就診醫院診所名稱： _____

六、是否用藥：是、否

七、是否住院：是、否

明新學校財團法人明新科技大學疑似食物中毒就醫紀錄表

號次	學生姓名	就讀班級	就醫病況勾選及簡述										送醫醫院名稱	到院時間	處理結果			
			噁心	嘔吐	上腹痛	下腹痛	腹瀉	發燒	喉嚨痛	過敏反應	神經症狀	其它註明			住院病房	出院時間	備註	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		