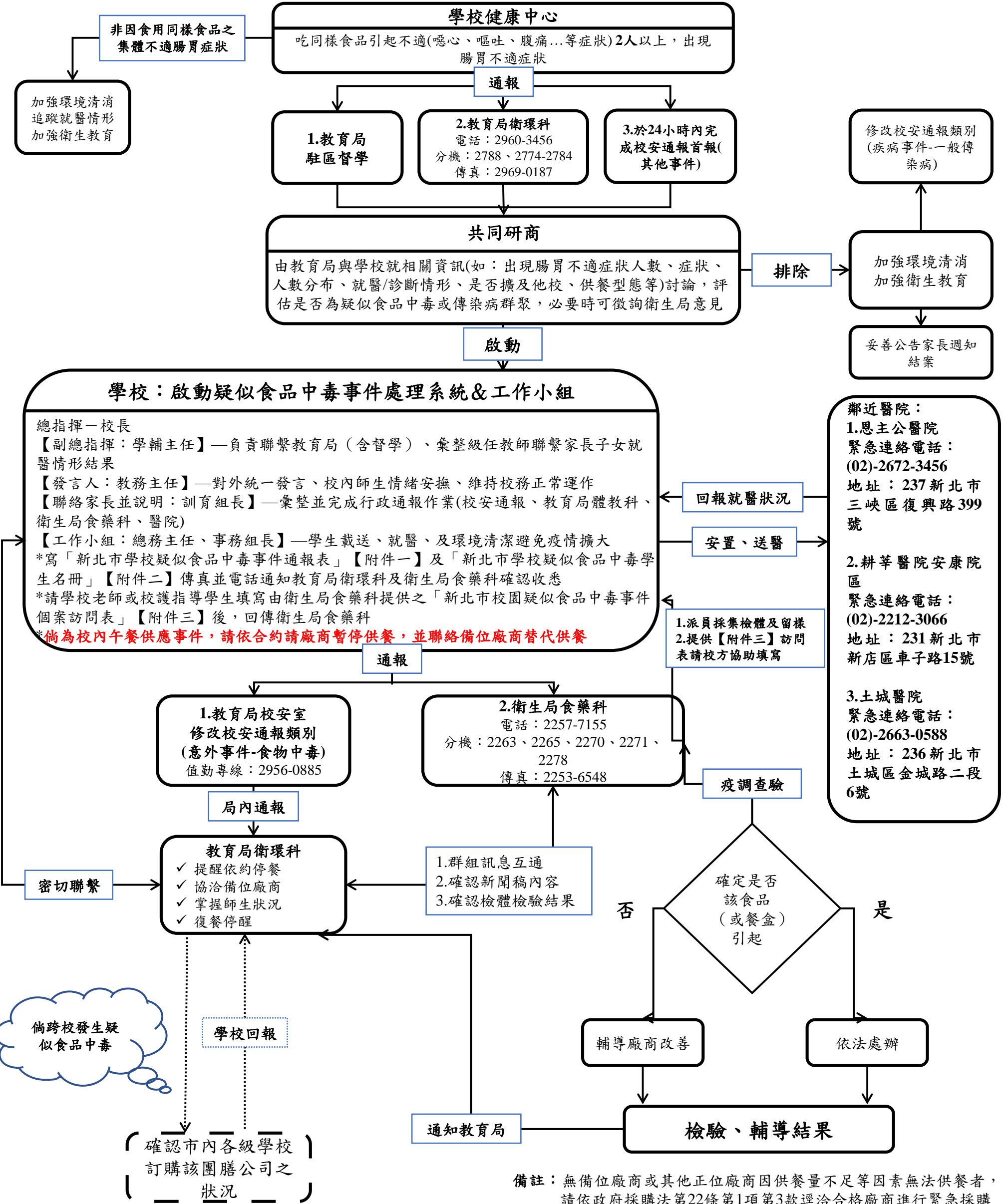


新北市校園出現集體腸胃不適症狀事件處理流程

113.01.10修訂



疑似食品中毒事件處理小組名單與職責

食品安全非一人之責，有賴全體教職員生共同維護，遇事件發生時，緊急救護任務亦非任何人可以獨立完成，不論嚴重程度如何，實務工作中須建立團隊分工合作的機制，將傷害降至最低。

職別	負責人	職責與工作內容		代理人
		事件中	事件後	
召集人	校長	督導疑似食品中毒事件處理各項事宜		教務主任
總幹事	學輔主任	負責聯繫教育局（含督學）、彙整級任教師聯繫家長子女就醫情形結果。	1. 檢討疑似食品中毒事件處理與改進。 2. 當教務處主任不在校園時，負責對外公佈正確訊息並向家長說明緣由。	總務主任
媒體發言人	教務主任	掌握疑似食品中毒事件處理資訊。	1. 擬定新聞稿。 2. 對外發言。	教務組長
通報組	訓育組長	1. 進行疑似食品中毒事件各項通報作業。 2. 負責填寫「新北市學校疑似食品中毒事件通報表」【附件一】。 3. 彙整「新北市學校疑似食品中毒學生名冊」【附件二】與「新北市校園疑似食品中毒事件個案訪問表」【附件三】後，傳真並電話通知教育局衛環科及衛生局食藥科確認收悉。		護理師
教務組	教務組長	安排「陪同就醫老師」之調代課相關事宜。		教務主任

職別	負責人	職責與工作內容		代理人
		事件中	事件後	
工作小組	總務主任	配合衛生單位防疫措施，督導廚房人員進行消毒及衛生事務。	檢視廚房相關設備，督導備膳流程與食材儲存環境應符合相關標準。	午餐秘書
	午餐秘書	1. 收集留存留樣食品檢體。 2. 配合衛生單位進行採檢工作。	1. 加強校園飲食衛生宣導。 2. 檢討供餐作業，必要時進行調整。	總務主任
	護理師	1. 負責緊急傷病之處理、照顧疑似食品中毒學生。 2. 啟動校園緊急傷病處理流程。 3. 填寫「新北市學校疑似食品中毒學生名冊」【附件二】。 4. 學生緊急送醫及相關紀錄。	1. 紀錄緊急救護處理過程，經確認並呈報校長核章。 2. 追蹤個案就醫後狀況，給予學生、家長及班級導師照護衛教、健康諮詢等服務。	訓育組長
	事務組長	1. 協調學生護送之交通工具。 2. 現場隔離及安全警告標示設置。 3. 現場秩序管理。		出納組長
	警衛	1. 引導校外支援單位（救護車）進入搶救。 2. 負責偶發事件現場及善後之各項安全工作維護。		工友
輔導組	輔導老師	安定在校學生心緒與輔導。	班級、個案學生心理輔導、家長聯繫關懷慰問。	學輔主任
	級任教師	1. 協助現場護理師處理疑似食品中毒事件。 2. 指導學生填寫由衛生局食藥科提供之「新北市校園疑似食品中毒事件個案訪問表」【附件三】。 3. 陪同疑似食品中毒學生就醫。 4. 聯絡家長及向家長說明並安撫家長，告知就醫地點並回報學校學輔主任或護理師。 5. 學生心理支持與後續輔導。	1. 疑似食品中毒學生關懷及家長聯繫工作。 2. 疑似食品中毒學生返校上課後之照護與追蹤。	由教務處派代

新北市學校食品中毒事件通報表

修訂1090428

- 一、 通報時間：____年____月____日____時____分
- 二、 通報單位名稱：_____
- 三、 通報單位地址：_____
- 四、 通報單位聯絡人姓名、電話：_____
- 五、 共同攝食的時間：____年____月____日____時____分
- 六、 攝食總人數：_____疑似中毒人數：_____就醫人數：_____
- 七、 發病最早時間：____年____月____日____時____分
- 八、 發病最早地點：☐學校☐家中☐其他：_____
- 九、 發病症狀：☐腹瀉☐嘔吐☐噁心☐腹痛☐腹脹☐發燒☐頭痛
☐紅疹☐其他_____
- 十、 共食前是否有學生已有腸胃道症狀：☐是☐否
- 十一、 食品供應商名稱、地址：
☐午(晚)餐_____
- ☐外購餐點_____
- 十二、 攝食內容(菜單)：
☐午(晚)餐_____
- ☐外購餐點_____
- 十三、 通報前一週內及通報當日請病假人數：

通報天數	前5日	前4日	前3日	前2日	前1日	通報當日
日期						
請假人數						

十四、 事件簡述：

【附件二】

新北市學校疑似食品中毒學生名冊

修訂 1090428

提報學校名稱：新北市三峽區建安國民小學 聯絡人：_____ 聯絡電話：02-26726783 分機○○

通報時間：_____年_____月_____日_____時；攝食總人數：_____ 疑似中毒人數：_____ 就醫人數：_____

共同攝食食品供應商名稱：_____

供應商電話：_____

供應商地址：_____

編號	姓名	性別	年齡	班級	進食日期 及時間	症狀最早發 生日期及時 間	身體症狀								就醫情形	同住家人 是否有類 似症狀	個案檢體採集			
							腹瀉	嘔吐	噁心	腹痛	腹脹	發燒	頭痛	紅疹			其他	肛門 拭子	嘔吐 物	糞便
					月時 日分	月時 日分	次數	次數							有 <input type="checkbox"/> ；無 <input type="checkbox"/> 就醫處：					
					月時 日分	月時 日分	次數	次數							有 <input type="checkbox"/> ；無 <input type="checkbox"/> 就醫處：					
					月時 日分	月時 日分	次數	次數							有 <input type="checkbox"/> ；無 <input type="checkbox"/> 就醫處：					
					月時 日分	月時 日分	次數	次數							有 <input type="checkbox"/> ；無 <input type="checkbox"/> 就醫處：					

					月時	日分	月時	日	次數	次數							有 <input type="checkbox"/> ；無 <input type="checkbox"/>					
																	就醫處：					

填寫人姓名： 電話： 填寫日期：

【附件三之一】

發生疑似食品中毒學校，且有食用該廠商午餐之班級範本
(請於發出前刪除)

親愛的家長，您好

本校於○月○日○○(下午/晚上/夜間)陸續接到班級導師及家長反應，學生於○月○日○○(下午/晚上/夜間)陸續有○○(嘔吐、腹瀉、、)等症狀。學校立即成立校園緊急應變小組，經初步調查，疑似為食用○○(廠商名)提供之午餐引起，其中○名學生家長已帶就醫，目前已無大礙。

本校因應作為如下：

- 一、 已依規定通報教育局、衛生局，並持續關心學生後續狀況。
- 二、 衛生局已將學校午餐樣本送交相關單位化驗，以確認本案之原因。
- 三、 本校已依合約要求○○(廠商名)即日起停止供餐，且於○月○日起由其他廠商代替○○(廠商名)進行後續供餐，直到衛生局檢驗合格，方恢復供餐。
- 四、 如檢驗結果確實有違反食品衛生法規之處，本校將依合約追究廠商之責任，以保障學生權益。

敬請家長知悉諒查，也請家長注意孩子後續身體狀況，如有任何疑問歡迎與學校連絡

連絡窗口：○○處○○組長，電話：02-26726783分機○○

新北市三峽區建安國民小學○年○月○日敬啟

【附件三之一】

發生疑似食品中毒學校，但未食用該廠商午餐之班級範本
(請於發出前刪除)

親愛家長您好：

本校於○月○日○○(下午/晚上/夜間)陸續接到班級導師及家長反應，學生於○月○日○○(下午/晚上/夜間)陸續有腸胃道不適症狀。經學校成立校園緊急應變小組調查，疑似為食用○○(廠商名)提供之午餐引起，經了解學生健康情形，目前已無大礙。

因本校午餐係由○家不同廠商供應，貴子弟所就讀之班級並未食用到○○(廠商名)所供應之餐點，故本次事件並不會影響到目前班級午餐供應的狀況，尚請您放心，如有任何疑問歡迎與學校聯絡。

連絡窗口：○○處○○組長，電話:02-26726783分機○○

新北市三峽區建安國民小學○年○月○日敬啟

新北市學校疑似食品中毒事件個案訪問表

*本問卷僅供參考，作為分析病因用。內容完全保密。請儘量回憶確定後再作答，謝謝！

*□處請用打√回答，_____部份請用文字敘述。

1. 姓名：_____
2. 學校名稱：新北市三峽區建安國民小學班級：_____年_____班 座號：_____
3. 性別：☐男☐女
4. 出生日期：民國_____年_____月_____日（_____歲）
5. 您_____年_____月_____日（星期_____）有沒有吃_____提供之午餐？ ☐有 ☐沒
6. 您有沒有吃下列的食物（請勾選√）？，請盡量回想，謝謝

項次	菜名(內容物)	有吃	沒吃
1			
2			
3			
4			
5			
6			

7. 您從_____年_____月_____日（星期_____）午餐吃完之後是否有不舒服的症狀？ ☐有 ☐沒有

(1) 開始不舒服症狀的時間：_____月_____日 _____時_____分
(24小時制，若凌晨12點請填寫為0時0分，中午12點請填寫為12時0分)

(2) 您有發生什麼症狀？（可以複選）

☐腹瀉（次數_____）、☐嘔吐（次數_____）、☐噁心、☐腹痛、☐腹脹、
☐發燒（38°C以上）、☐頭痛、☐紅疹、☐頭暈、☐畏冷
☐裏急後重（想拉但沒東西拉出）、☐四肢無力、☐食慾不振、☐喉嚨痛
☐咳嗽、☐流鼻水、☐肌肉痠痛、☐其他（請註明）_____

(3) 如有腹瀉症狀，大便形狀是：☐水液狀 ☐黏液狀 ☐大便中有血液

(4) 生病後有沒有去看醫生？

-有（請註明醫院/診所名稱）_____ ☐沒有

-看醫生時間：_____月_____日 ☐上午 ☐下午 _____時_____分

-有沒有留院觀察：☐有，醫院/診所名稱：_____ ☐沒有

-有沒有住院：☐有，醫院/診所名稱：_____ ☐沒有

(5) 以上症狀完全消失的時間：
_____月_____日 ☐上午 ☐下午 _____時_____分