

宜蘭縣凱旋國民小學校園食物中毒事件處理原則

中華民國 100 年 11 月 15 日府教體字第 1000176243 號函公布

- 一、宜蘭縣政府（以下簡稱本府）為處理校園食物中毒案件，加強學校緊急應變能力，特訂定本原則。
- 二、本原則所稱食物中毒事件係指二人以上攝取相同食品而發生相似症狀，且自可疑的食餘檢體及患者糞便、嘔吐物、血液等人體檢體，或者其它有關環境檢體（如空氣、水、土壤等）中分離出相同類型（如血清型、噬菌體型）的致病原因。
- 三、學校應建立廚房餐飲衛生自主管理機制，落實自行檢查管理，並指定專人擔任學校廚房餐飲衛生督導人員，每日落實午餐食材驗收工作，留存完整驗收紀錄。
- 四、學校應成立校園食物中毒緊急應變小組，並擬定危機處理應變計畫，明定工作執掌及責任分工。
- 五、定期辦理校園食品衛生安全教育訓練，加強學生、教職員工預防食物中毒「五要原則：要洗手、要新鮮、要生熟食分開、要澈底加熱及要低溫保存」之宣導，並辦理急救模擬演練，以提升全校教職員工生之危機處理應變能力。
- 六、學校供售食品應依相關法令與供應食品之廠商訂定書面契約，載明供應之食品應符合安全衛生及訂定違約罰則，並應依規定投保產品責任險；其中外購盒餐食品或團體膳食之廠商應取得政府機關優良食品標誌認證或經衛生主管機關稽查、抽驗、評鑑為衛生優良者。
- 七、應不定期派員到午餐承包廠商工廠瞭解食品衛生管理作業，如有衛生不良情形者，應立即通報教育處及衛生局。
- 八、當日學校午餐及外購盒餐應隨機抽存一份，包覆保鮮膜，標示日期、餐別及廠商名稱，立即置於攝氏七度以下，冷藏四十八小時，防範遭受污染，以備查驗。
- 九、當日學校午餐有異味或異樣時，應立即停止供應，備以替代方案，確保學生用餐權益；發現疑似食物中毒跡象時，依照校園疑似食物中毒處理流程（附件一），立即通報教育處及衛生局，馬上啟動緊急應變小組及危機處理應變計畫，並指定發言人，適時主動對外發布訊息。
- 十、由校護協助先行採取急救措施，並通知學生家長或緊急聯絡人，必要時將患者送醫治療，派員隨行照料，定時回報相關單位。
- 十一、儘可能取得食用之殘餘食物樣品及患者之嘔吐或排泄物等檢體送衛生單位檢驗；同時通報衛生局到校採集檢體及留驗，以便化驗釐清責任歸屬。
- 十二、通報教育處協助處理，調查該廠商其他學校學生飲食情形，並暫停該廠

商之供應。

十三、學校於食物中毒事件發生應立即為下列措施：

1. 妥善照料患者，持續給予關心及協助。
2. 有效維護校園秩序、迅速恢復上課及午餐供應。
3. 協助徵查、求償、傷病之相關事宜。
4. 加強飲食衛生宣導及學生心理輔導。
5. 製作完整書面報告，呈報本府教育處。

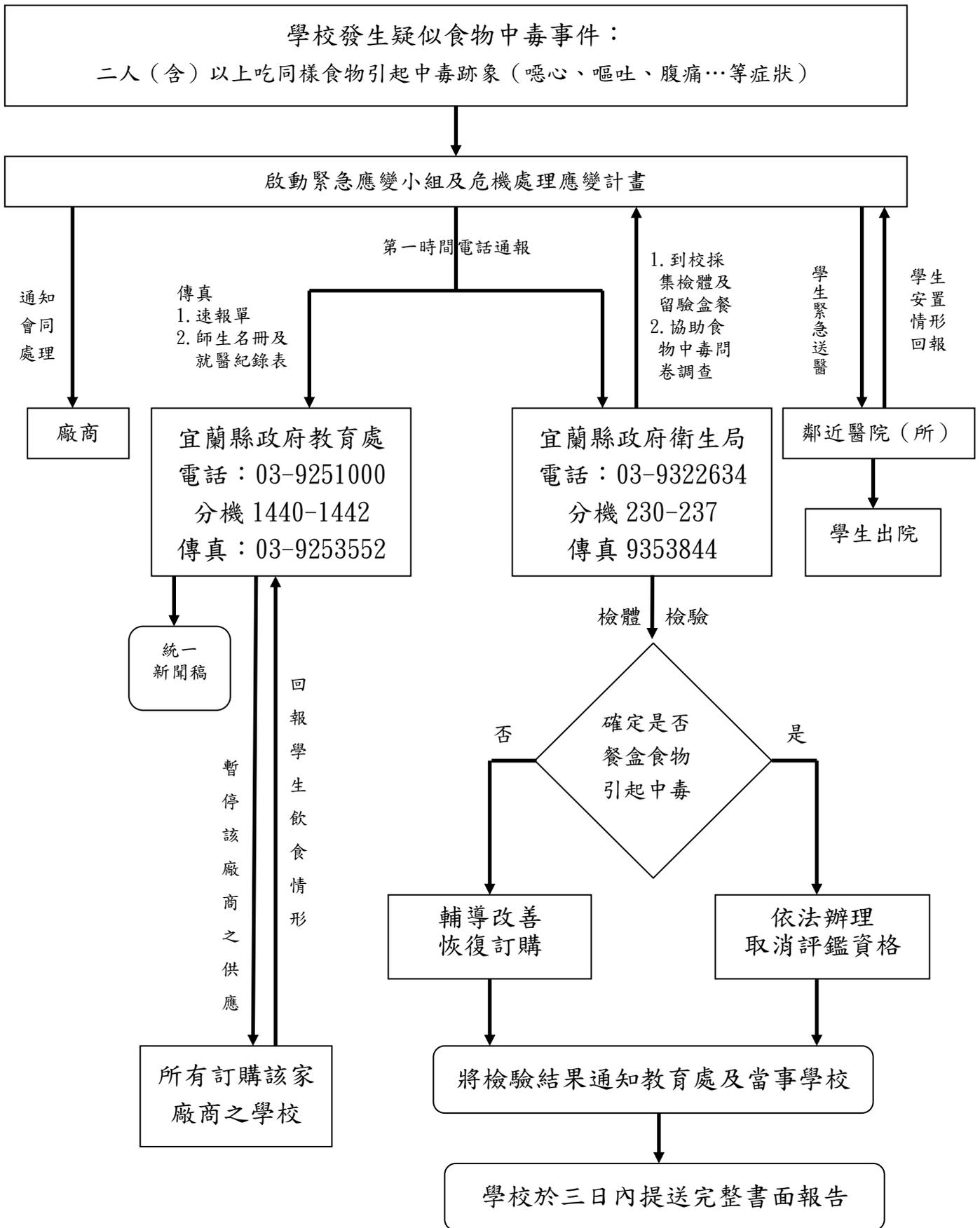
十四、本原則所需經費由本年度預算支應。

十五、本原則奉核定後實施，修正時亦同。

※附件

- 一、宜蘭縣國民中小學校園疑似食物中毒處理流程
- 二、宜蘭縣國民中小學校園食物中毒緊急應變小組任務編組表
- 三、宜蘭縣國民中小學校園食物中毒緊急聯絡網
- 四、宜蘭縣國民中小學校園疑似食物中毒速報單
- 五、宜蘭縣國民中小學校園疑似食物中毒師生名冊及就醫紀錄表
- 六、宜蘭縣國民中小學校園疑似食物中毒班級通報單
- 七、宜蘭縣國民中小學校園食物中毒家長自行接回登錄表

宜蘭縣凱旋國民小學校園疑似食物中毒處理流程



宜蘭縣凱旋國民小學校園食物中毒緊急應變小組任務編組表

組別	單位	任務
召集人	校長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 綜合處理指揮一切事宜 2. 召開危機處理會議 3. 人員調度分配 4. 由本人或指定發言人
醫護組	學務處	<ol style="list-style-type: none"> 1. 採取急救措施 2. 集中照護中毒師生 3. 情況嚴重者，安排送醫治療 4. 登錄就醫師生名冊，送行政組 5. 分配就醫車輛及隨車照護人員 6. 協助辦理住院手續 7. 定時回報就醫情形 8. 主動向家長說明病情
行政組	總務處	<ol style="list-style-type: none"> 1. 彙整班級通報單，填寫速報單 2. 通報教育處及衛生局 3. 通報 119 4. 聯絡支援單位人員 5. 分配支援協助人員 6. 通知家長或緊急聯絡人 7. 製作書面報告提送教育處
支援組	教務處 輔導處	<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助就醫車輛調度 2. 協助載送人員就醫 3. 檢體採集保存 4. 聯絡廠商 5. 廚房校園安全管制 6. 校園安全秩序維護 7. 撰寫新聞稿 8. 其他臨時支援事項
導師	班級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 填寫班級通報單 2. 協助學生急救及送醫 3. 安撫、慰問學生及家長情緒 4. 觀察照護班級學生 5. 登錄家長帶回名單

宜蘭縣凱旋國民小學校園食物中毒緊急聯絡網

學校：

電話：

傳真：

一、緊急應變小組

	召集人	醫護組	行政組	支援組	班導	校護
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						

二、支援單位：

單位	宜蘭縣救難協會	○○衛生所	○○警察分隊	○○消防分隊	○○計程車行	
電話						
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						
姓名						
手機						

三、通報單位

單位	教育處體育保健科	衛生局食品藥物管理科
電話	9251000 分機 1440-1442	9322634 分機 230-237
傳真	9253552	9353844

四、醫療單位

單位	陽明大學附設醫院	臺北榮總員山分院	臺北榮總蘇澳分院	羅東博愛醫院	羅東聖母醫院	宜蘭仁愛醫院	礁溪杏和醫院
電話	9051688	9222141	9905106	9551851	9551805	9321888	9666996

宜蘭縣凱旋國民小學校園疑似食物中毒速報單

通報學校：

通報人姓名：

職稱：

聯絡電話：

通報時間：

年

月

日

時

分

(請以 0-23 時表示)

疑似造成食物中毒原因	1.疑似造成中毒之食品：_____ 2.食品來源： <input type="checkbox"/> 學校廚房製備 <input type="checkbox"/> 外購餐盒或團體膳食 <input type="checkbox"/> 學校合作社販售食品 <input type="checkbox"/> 校外商家販售食品 <input type="checkbox"/> 學生自行製備 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3.廠商名稱：_____
進食時間	年 月 日 時 分
發病時間	年 月 日 時 分至 時 分
影響人數	攝食人數：學生 _____ 人，教職員工 _____ 人 疑似中毒人數：學生 _____ 人，教職員工 _____ 人 就醫人數：學生 _____ 人，教職員工 _____ 人 截至目前尚在醫院人數：學生 _____ 人，教職員工 _____ 人
就醫情形	醫療院所名稱：_____ 就醫人數：_____ 醫療院所名稱：_____ 就醫人數：_____ 醫療院所名稱：_____ 就醫人數：_____
主要症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應（ <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹等） <input type="checkbox"/> 神經症狀（ <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩等） <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）
事件摘要	
處理情形	

午餐秘書：

校長：

※請於事件發生 15 分內通知本府教育處及衛生局，

教育處體育保健科，聯絡電話：9251000 分機 1440-1442，傳真：9253552。

衛生局食品藥物管理科，聯絡電話：9322634 分機 230-237，傳真：9353844。

宜蘭縣凱旋國民小學校園疑似食物中毒師生名冊及就醫紀錄表

通報學校：

通報人姓名：

職稱：

聯絡電話：

通報時間： 年 月 日 時 分(請以 0-23 時表示)

號次	教職員 職稱/學 生就讀 班級	姓名	家長 姓名	聯絡 電話	症狀										處理情形 1.在校觀察 2.回家休養 3.送醫治療	就醫情形			
					嘔心	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		醫院 名稱	送醫 時間	出院 時間	備註
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

備註：應每小時通報教育處一次 (FAX:03-9253552)，至所有狀況解除為止，俾便持續掌握處理情況。

宜蘭縣凱旋國民小學校園疑似食物中毒班級通報單

通報班級：

導師：

聯絡電話：

班級學生數：

攝食人數：

疑似中毒人數：

通報時間： 年 月 日 時 分(請以 0-23 時表示)

號次	學生姓名	家長姓名	聯絡電話	症狀										進食時間	發病時間	疑似造成食物中毒原因			
				嘔心	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			疑似造成中毒之食品	食品來源	廠商名稱	備註
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

備註：請於事件發生後，儘速送交行政組彙整。

宜蘭縣凱旋國民小學校園食物中毒家長自行接回登錄表

班級：_____年級_____班

記錄人：_____

座號	學生姓名	接回人員	接回時間	座號	學生姓名	接回人員	接回時間
1			時 分	21			時 分
2			時 分	22			時 分
3			時 分	23			時 分
4			時 分	24			時 分
5			時 分	25			時 分
6			時 分	26			時 分
7			時 分	27			時 分
8			時 分	28			時 分
9			時 分	29			時 分
10			時 分	30			時 分
11			時 分	31			時 分
12			時 分	32			時 分
13			時 分	33			時 分
14			時 分	34			時 分
15			時 分	35			時 分
16			時 分	36			時 分
17			時 分	37			時 分
18			時 分	38			時 分
19			時 分	39			時 分
20			時 分	40			時 分

※本表結束後請送交行政組彙整。