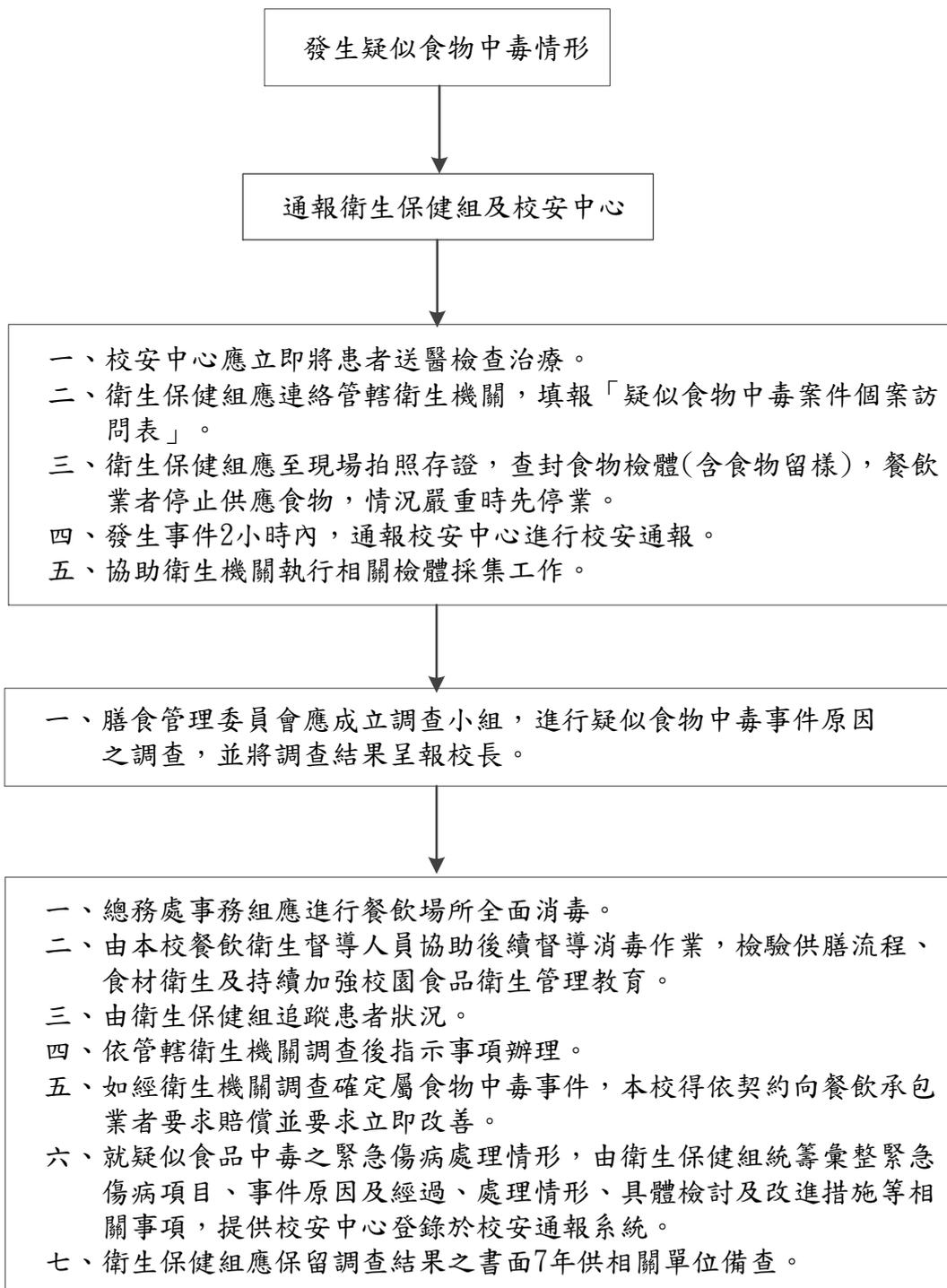


僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點

民國 108 年 12 月 19 日膳食管理委員會會議制定通過
民國 111 年 01 月 06 日膳食管理委員會會議修正通過

- 一、僑光科技大學（以下簡稱本校）依據學校衛生法第十五條、衛生福利部疑似食品中毒事件處理要點之規定訂定本要點。
- 二、適用範圍與時機：校內遇有疑似食物中毒案件發生時，依本要點流程（附件 1）處理。
- 三、處理事項及負責單位：
 - （一）校安中心應立即將患者送醫檢查治療。
 - （二）衛生保健組應連絡衛生機關，填報「疑似食物中毒案件個案訪問表」（附件 2）。
 - （三）衛生保健組應至現場拍照存證，查封食物檢體（含食物留樣），餐飲業者停止供應食物，情況嚴重時先停業。
 - （四）衛生保健組於發生事件 2 小時內，通報校安中心進行校安通報。
 - （五）衛生保健組協助衛生機關執行相關檢體採集工作。
- 四、疑似食物中毒事件發生後，膳食管理委員會應成立調查小組，由主任委員擔任召集人，衛生保健組組長擔任執行秘書，進行疑似食物中毒事件原因之調查，並將調查結果呈報校長。
- 五、事後處理：
 - （一）總務處事務組應進行餐飲場所全面消毒。
 - （二）由本校餐飲衛生督導人員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）如經衛生機關調查確定屬食物中毒事件，本校得依契約向餐飲承包業者要求賠償並要求立即改善。
 - （五）就疑似食品中毒之緊急傷病處理情形，由衛生保健組統籌彙整緊急傷病項目、事件原因及經過、處理情形、具體檢討及改進措施等相關事項，提供校安中心登錄於校安通報系統。
 - （六）衛生保健組應保留調查結果之書面 7 年供相關單位備查。
- 六、本要點經膳食管理委員會會議通過，陳請校長核定後公布施行，修正時亦同。

僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點



疑似食物中毒案件個案訪問表

個案姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	填表日期： 年 月 日 時 分
科系班級：	學號：	出生年月日：
聯絡地址：	聯絡電話：	

一、症狀開始發生時間： 月 日 時 分

二、症狀：(可複選) 三、症狀：(可複選)

- 發燒、咳嗽、頭痛、眩暈、噁心、嘔吐、腹瀉、
發癢、發疹、複視、麻痺、面潮紅、腹絞痛、
流鼻水、眼皮下垂、說話困難、呼吸困難、吞嚥困難、
其他(請列出) _____

三、症狀發生前 12 小時進食情形 (包括用餐間及所品)

時間	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
	<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

四、是否就醫：是、否

就醫時間： 月 日 時 分

就診醫院診所名稱： _____

五、是否用藥：是、否

七、是否住院：是、否