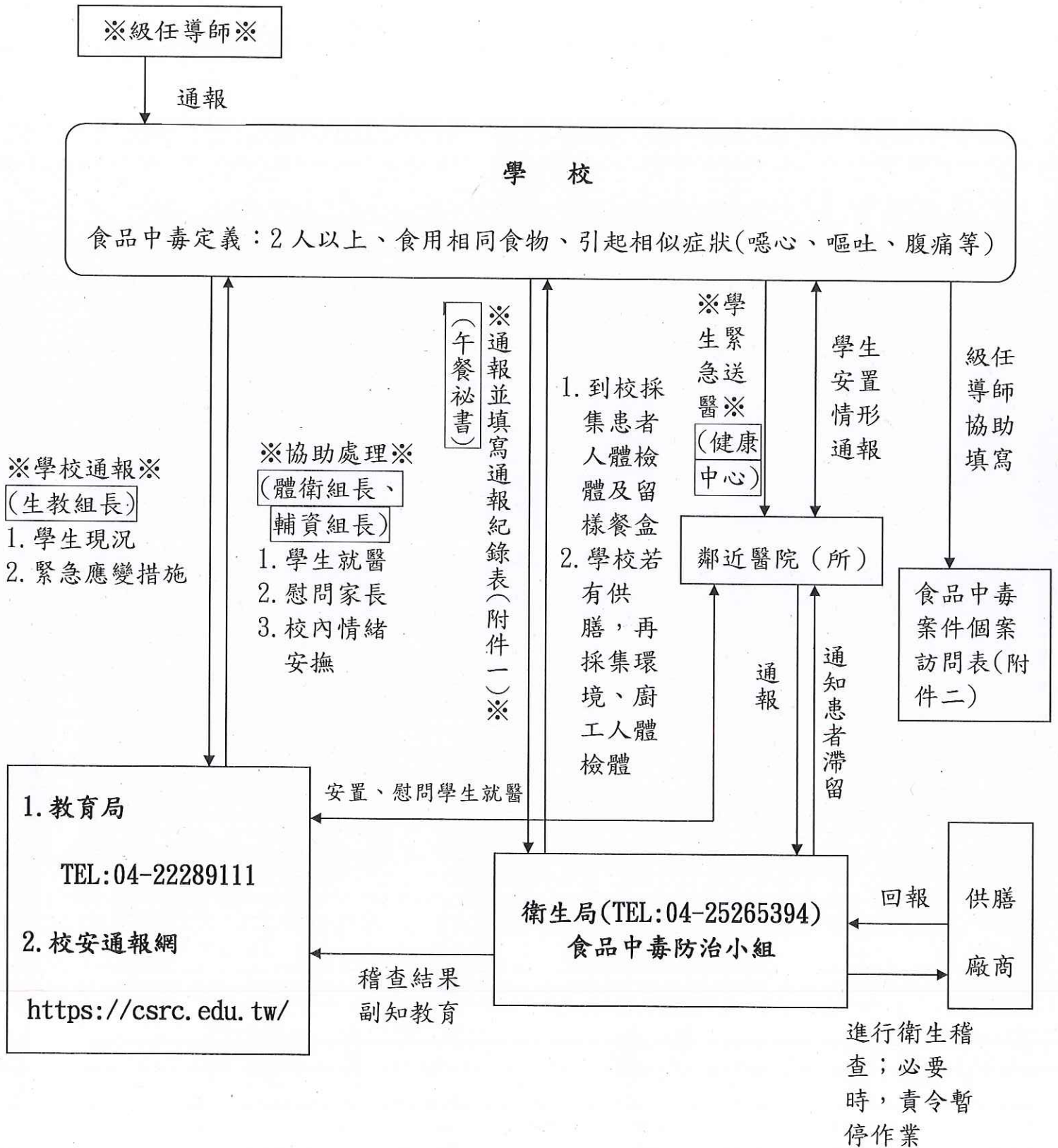


# 臺中市大里區立新國民小學發生疑似食品中毒緊急處理標準作業流程

113.03.14 訂定



# 臺中市大里區立新國民小學午餐疑似食品中毒即時通報紀錄表

## 附件一

發生時間： 年 月 日 時 分	發生地點： 年 班教室		
食品中毒人數： 人	填報人員：午餐祕書		
範例:(按時間先後條列) 1. 三年○班導師於 2/14 下午 2:30 左右發現班上有 3 位小朋友出現嘔吐及拉肚子現象。 2. 導師立即通知學校，將身體不適的學生先送至健康中心，經健康中心評估後，立即送醫。學校各相關單位了解情形後，分別進行教育局、衛生局及校安通報。 3. 配合衛生單位立即採取檢體(含食物、嘔吐物、排泄物)檢驗。於最短時間內取得檢驗結果，藉以了解原因。 4. 探望慰問送醫學生及家長；進行班級輔導，以安撫校內其他學生情緒。 5. 檢討供餐整體流程是否有人為疏失，依據檢討結果進行改善。			
本事件摘要:(按時間先後條列) 1. 2. 3. 4. 5.			
食品中毒作業流程	完成時間	處理情形	權責單位(核章)
級任老師通報學校並協助填寫「食品中毒案件個案訪問表」	年 月 日 時 分	1. 填寫食品中毒案件個案訪問表(如附件二) 2. 中毒學生送健康中心	級任老師
事件通報教育局及填報校安通報網	年 月 日 時 分	1. 事件通報教育局、填報校安通報網 2. 緊急應變措施處理 3. 事件現場與校園安全防護	生教組長
通報衛生局	年 月 日 時 分	1. 填寫通報記錄表(如附件一) 2. 聯繫午餐供應學校及食材供應商 3. 聯繫衛生局相關單位(食品中毒防治小組)	午餐祕書
協助將學生緊急送至鄰近醫院	年 月 日 時 分	1. 中毒學生緊急處理 2. 緊急送醫 3. 連繫家長	健康中心
			體衛組長
慰問家長、校內情緒安撫	年 月 日 時 分	1. 進行班級輔導，安撫校內其他學生情緒 2. 探望慰問送醫學生及家長	輔導組長

承辦人：

單位主管：

校長：

## 食品中毒案件個案訪問表

班級： 年 班

填表日期： 年 月 日 時 分

一、個案姓名： 性別：男 女 年齡： 歲

二、症狀開始發生時間： 月 日 時 分

三、症狀：

拉肚子、嘔吐

發癢、發疹、其他 \_\_\_\_\_

四、症狀發生前進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	第 餐 ( 月 日 時 分 )	第 餐 ( 月 日 時 分 )	第 餐 ( 月 日 時 分 )
進 食 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

五、是否就醫：是 否 就醫時間： 月 日 時 分

就診醫院診所名稱： \_\_\_\_\_

六、是否住院：是 否