

新北市頭湖國小校園疑似食品中毒事件處理要點

107.09.03修訂

113.12.27行政會議修訂

- 一、疑似食品中毒事件發生時，應緊急啟動「校園偶發(緊急)事件處理小組」，儘速將患者送醫救治，校方亦應派員全程陪同就醫。
- 二、校內應立即向教育局及衛生局進行電話通報，並完成書面通報表，以最快方式呈報教育局及衛生局。
- 三、通知家長學童狀況。
- 四、應立即通知衛生局前往學校進行檢體採集。
- 五、保留剩餘食物、留樣餐點及患者的排泄物或嘔吐物，等待衛生單位之檢驗。
- 六、事發當日及隔日均需追蹤患者身體狀況，並於隔日向教育局回報患者就醫或復原之情形。
- 七、中央餐廚之學校應於第一時間，依合約書內容辦理該供膳廠商停餐事宜，後續應靜待複驗結果後再依規定辦理。
- 八、事件處理完畢後應進行檢討，加強預防，避免類似事件再度發生。
- 九、相關處理流程、事件通報表及學生名冊及中毒事件個案訪問表如附件一、二、三、四。
- 十、本要點經行政會議通過，陳校長核定後公告實施，修正時亦同。

承辦人

教師兼衛生組長陳佳薇

單位主管

教師兼學務主任葉力筆

校長

校長陳承賢

頭湖國小校園疑似食物中毒事件處理流程

(附件一)

學校健康中心

疑似食物中毒：吃同樣食品引起不適（噁心、嘔吐、腹痛…等症狀）2人以上

啟動校園緊急傷病處理系統&工作小組

總指揮-校長

【副總指揮：學務主任】-負責行政通報作業、聯繫教育局、衛生局、醫院。

【發言人：教務主任】-對外統一發言、校內師生情緒安撫、維持校務正常運作。

【聯絡家長並說明：輔導主任】-負責聯繫家長並告知就醫情形、安撫情緒及說明。

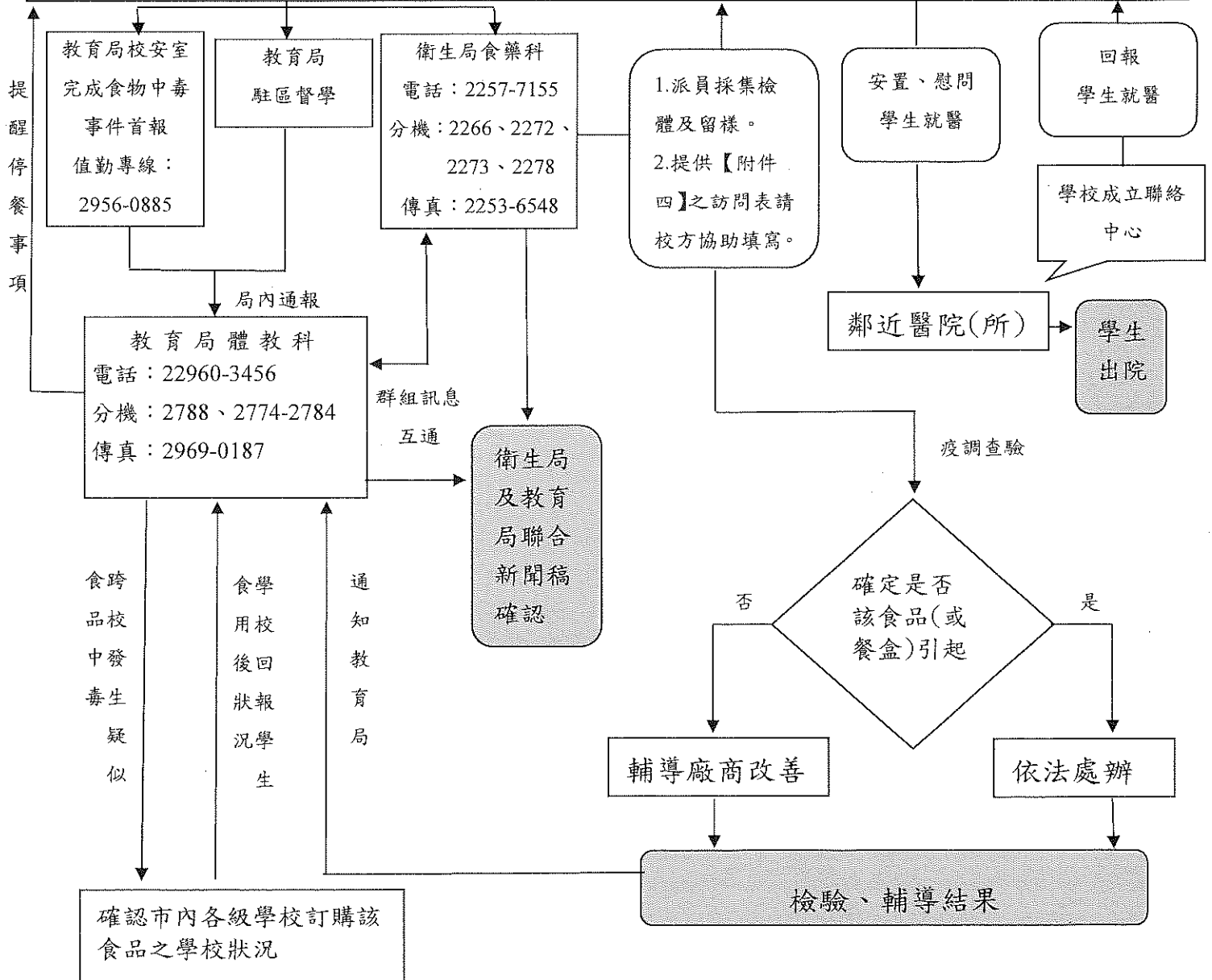
【工作小組：總務主任】-學生載送、就醫及環境清潔避免疫情擴大。

*學校應於發生第一時間，先以電話告知教育局駐區督學，並通報校安通報及衛生局

*寫「新北市學校疑似食品中毒事件通報表」【附件二】及「新北市學校疑似食品中毒學生名冊」【附件三】傳真並電話通知教育局體教科及衛生局食藥科確認收悉

*請學校老師或校護指導學生填寫由衛生局食藥科提供之「新北市學校疑似食品中毒事件個案訪問表」【附件四】後，回傳衛生局食藥科

*聯絡備位廠商替代供餐



新北市校園食品中毒事件通報表

(附件二)

- 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：_____疑似中毒人數：_____就醫人數：_____
- 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：

新北市學校疑似食品中毒學生名冊

(三)

通報學校名稱：_____

地址：_____

通報人：_____

聯絡電話：_____

通報日期、時間：_____

編號	姓名	性別	年齡	班級	聯絡電話	攝食時間 (日期/時間)	發病時間 (日期/時間)	症狀					就醫情形			供應商 (同時請附菜單)
								噁心	嘔吐	腹痛	腹瀉	其他				
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			
												就醫	有 <input type="checkbox"/>	就醫處:		
												就醫	無 <input type="checkbox"/>			

註一：患童症狀及就醫有無請以「V」表示
註二：通報時需同時聯絡教育局、衛生局
註三：攝食時間及發病時間請填寫日期及時間（例：0216/1530）

編號：_____ (請勿填寫)

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。

- 姓名：_____
- 學校名稱：_____ 班級：_____ 年 _____ 班 座號：_____
- 性別：☐男☐女
- 出生日期：民國_____年_____月_____日（_____歲）
- 您_____年_____月_____日(星期____)有沒有吃_____提供之午餐？ ☐有 ☐沒
- 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			

- 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