

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學校園疑似食物中毒處理流程辦法

104 年 3 月 30 擬訂

104 年 4 月 22 日 103 學年度第 30 次行政主管會議通過

108 年 10 月 23 日由校務會議授權統一修改學校全銜

114 年 4 月 30 日由校務會議授權統一修改學校全銜

114 年 7 月 23 日馬學秘字第 1140006464 號公告

第一條 為減少本校因食物中毒引起教職員生之身體傷害，依據學校衛生法、大專校院餐飲衛生管理工作指引中之「大專校院食品中毒處理作業流程」訂定「馬偕學校財團法人馬偕醫學大學校園疑似食物中毒處理流程辦法」（以下簡稱本辦法）。

第二條 食物中毒定義為兩人或兩人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀，其稱為一件食品中毒案件。如因肉毒桿菌毒素而引起中毒症狀且自人體檢體檢驗出肉毒桿菌毒素，由可疑的食品檢體檢測到相同類型的致病菌或毒素，或經流行病學調查推論為攝食食品所造成，即使只有一人，也視為一件食品中毒案件。如因攝食食品造成急性中毒（如化學物質或天然毒素中毒），即使只有一人，也視為一件食品中毒案件。

第三條 因食物中毒攸關性命，為學校重大事件，極易形成社會新聞重點，事後又面臨追查原因及法律求償之責任，須把握「送醫要快、查證要慎、通報要實」之原則。為能迅速掌握食物中毒，擬定本校處理校園疑似食物中毒組織分工圖如附表一、校園疑似食物中毒處理如附表二。

第四條 為釐清食物中毒事件發生原委並能及時向上呈報，掌握就醫學生之動態，擬定疑似食物中毒通報紀錄表如附表三、疑似食物中毒個案訪問表如附表四，以及疑似食物中毒學生就醫紀錄表如附表五。

第五條 食物中毒事件結束後應召開檢討會議，檢討事件發生原因及處理經過，續報教育部校安中心，並配合當地衛生單位調查發生食物中毒之經過與原因。

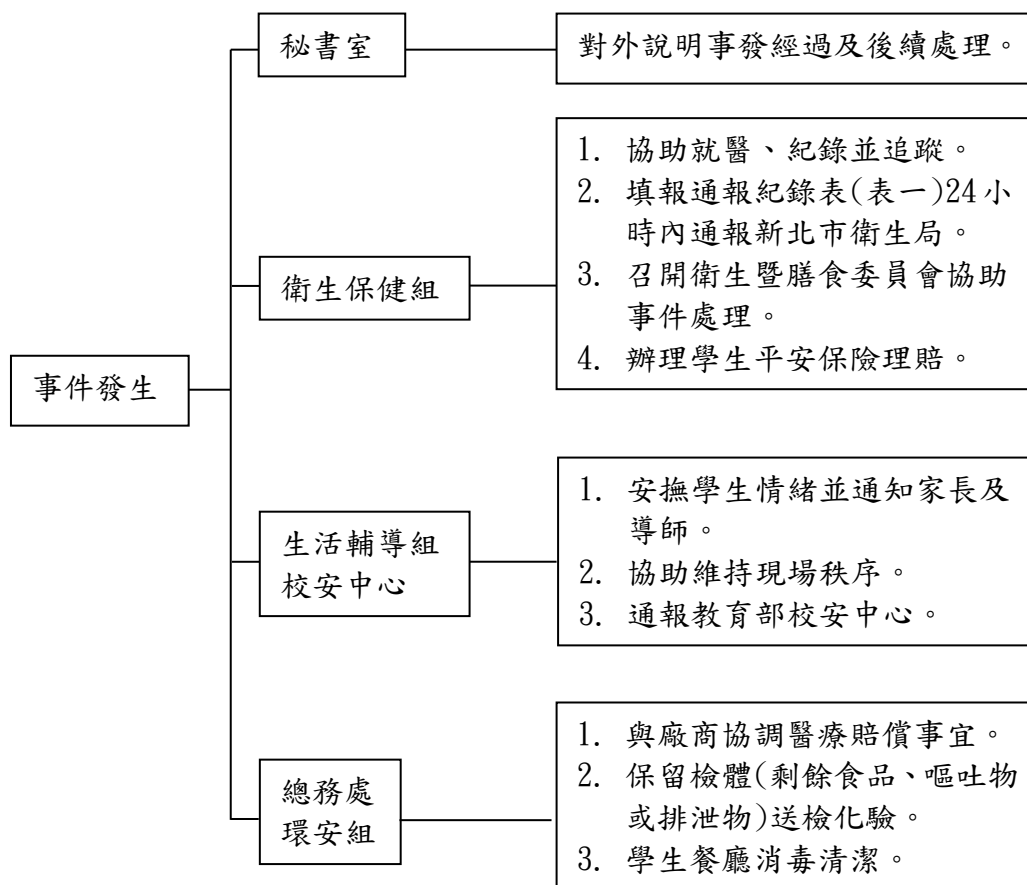
第六條 衛生保健組應協助申請學生平安保險補助事宜，主動關懷住院同學復原狀況與心理反應，必要時轉介心理諮商中心提供專業協助。

第七條 生活輔導組應密切與家長保持聯繫，說明處理與輔導相關事宜，力求讓家長放心，讓同學能在安全學習環境就學。

第八條 本辦法經行政會議通過後施行，修正時亦同。

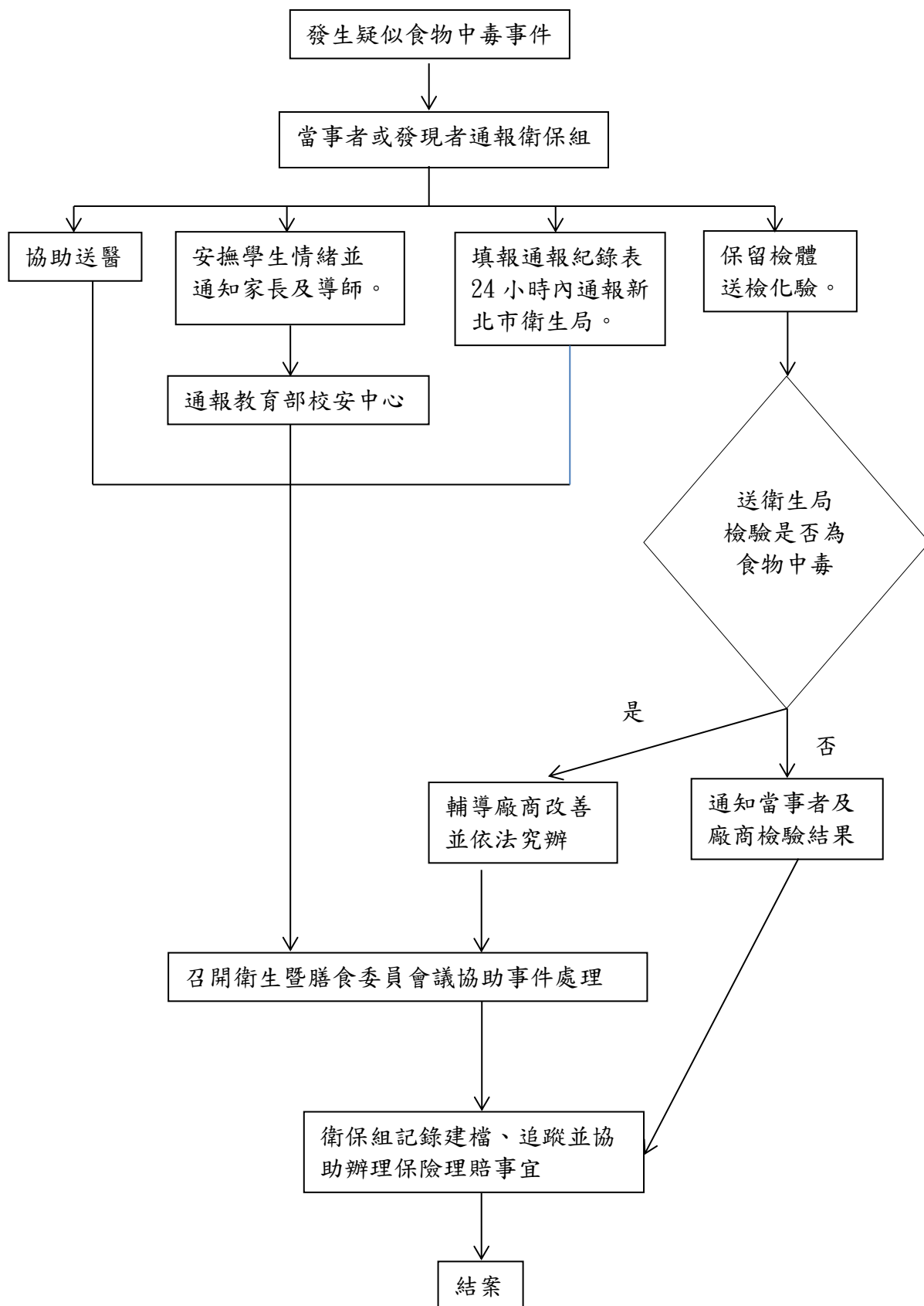
附件一

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 校園疑似食物中毒處理流程組織分工



附件二

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 校園疑似食物中毒處理流程



附件三

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 疑似食物中毒通報紀錄表

通報日期時間	____年____月____日____時____分
疑似造成中毒原因	疑似造成中毒之食品：_____ 食品來源或廠商名稱：_____
用餐種類	☐ 自宅 ☐ 營業場所（餐廳、小吃店） ☐ 學校廚房 ☐ 外購餐盒（或團體膳食） ☐ 學校合作社販售食品 ☐ 其它：_____
進食時間	____年____月____日____時____分
發病時間	____年____月____日____時____分
就醫情況	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
中毒症狀	☐ 噁心 ☐ 嘔吐 ☐ 上腹痛 ☐ 下腹痛 ☐ 腹瀉 ☐ 發燒 ☐ 喉嚨痛 ☐ 過敏反應（ ☐ 臉部潮紅 ☐ 發癢 ☐ 發疹等） ☐ 神經症狀（ ☐ 視覺障礙 ☐ 麻痺 ☐ 暈眩等） ☐ 其他（請說明：_____）
就醫地點	醫療院（所）名稱： （_____人次）就醫送診 （_____人次）回家休養
簡述處理情形	

填表人：

衛保組組長：

學務長：

附件四

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 疑似食物中毒個案訪問表

系所、年級：_____ 填表日期：____年____月____日____時____分

一、個案姓名：_____ 性別：☐男、☐女 年齡：_____

二、症狀開始發生時間：____月____日 ____時 ____分

三、症狀：(可複選)

☐發燒、☐咳嗽、☐流鼻水 ☐頭痛、☐眩暈、

☐噁心、☐嘔吐、☐腹絞痛、☐腹瀉、

☐面潮紅、☐發癢、☐發疹、☐複視、☐眼皮下垂、☐麻痺、

☐說話困難、☐呼吸困難、☐吞嚥困難、☐其他(請列出)_____

四、症狀發生前 12 小時進食情形 (包括用餐時間及所食用食品)

	(__月__日__時__分)	(__月__日__時__分)	(__月__日__時__分)
餐 飲 食 品 名 稱	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃
	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃
	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃
	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃
	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 沒吃	☐ 有吃 ☐ 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、是否用藥：☐是、☐否

七、是否住院：☐是、☐否

附件五

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 疑似食物中毒學生就醫紀錄表

編號	姓名	科系/ 級別	就醫病況勾選及簡述									送醫醫院	到達時間	處理結果		
			噁心	嘔吐	腹痛	腹瀉	發燒	喉嚨痛	過敏反應	神經症狀	其他註明			住院病房	出院時間	備註
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

通報時間：____年____月____日____時____分

填表人：

連絡電話：