

## 僑光科技大學 內部控制制度

單 位	學生事務處-衛生保健組	編修日期	111.08.01		
工作項目	疑似食物中毒處理	文件編號	Bd020	風險值	6
承辦人姓名	林嫦如	職 稱	約聘護士		
代理人姓名	侯伊庭	工 作 量	每天		
<b>流 程 圖</b>	如附件 1。				
<b>作 業 程 序</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適用範圍與時機：校內遇有疑似食物中毒案件發生時。</li> <li>2. 處理事項及負責單位：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)校安中心應立即將患者送醫檢查治療。</li> <li>(2)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」。</li> <li>(3)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。</li> <li>(4)衛生保健組依「校園安全及災害事件通報作業要點」通報校安中心，由校安中心依事件等級通報教育部。</li> <li>(5)衛生保健組協助衛生機關執行相關檢體採集工作。</li> </ol> </li> <li>3. 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。</li> <li>4. 事後處理：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)總務處事務組應進行餐飲場所全面消毒。</li> <li>(2)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。</li> <li>(3)由衛生保健組追蹤患者狀況。</li> <li>(4)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。</li> <li>(5)保留調查結果之書面 7 年供相關單位備查。</li> </ol> </li> </ol>				
<b>控 制 及 稽 核 重 點</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 衛生保健組應連絡衛生機關，校安中心依事件等級通報教育部。</li> <li>2. 膳食管理委員會應成立調查小組，並將調查結果呈報校長。</li> <li>3. 總務處事務組應進行餐飲場所全面消毒。</li> <li>4. 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。</li> </ol>				
<b>使 用 表 單</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 疑似食物中毒案件個案訪問表(附表 1)</li> </ol>				

參考法規	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點</li><li>2. 大專院校餐廳衛生管理工作指引(最新年度修正版)</li><li>3. 學校衛生法</li><li>4. 衛生福利部疑似食品中毒事件處理要點</li></ol>
備註	

## 僑光科技大學 內部控制制度

單 位	學生事務處-衛生保健組	編修日期	111.08.01		
工作項目	疑似食物中毒處理流程	文件編號	Bd020	風險值	6

  

流  
程  
圖

發生疑似食物中毒情形

↓

通報衛生保健組及校安中心

↓

處理事項及負責單位：

1. 校安中心:協助患者送醫檢查治療。
2. 衛生保健組:
  - (1)連絡管轄衛生機關，填報「疑似食物中毒案件個案訪問表」。
  - (2)至現場拍照存證，查封食物檢體(含食物留樣)。
3. 餐飲業者停止供應食物，情況嚴重時先停業。
4. 校安中心依事件等級通報教育部。
5. 協助衛生機關執行相關檢體採集工作。

↓

膳食管理委員會成立調查小組，  
進行調查並將結果呈報校

↓

事後處理：

1. 總務處事務組應進行餐飲場所全面消毒。
2. 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。
3. 衛生保健組追蹤患者狀況。
4. 依管轄衛生機關調查後指示事項辦理。
5. 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。(總務處)
6. 保留調查結果之書面7年供相關單位備查。

附表 1

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