

臺中市立大華國民中學疑似食品中毒事件處理作業說明

一、食品中毒

依衛生福利部食品藥物管理署定義，二人或二人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀，則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。

(一) 依「學校衛生法」第 15 條第 2 項規定辦理。

(二) 教育部「校園安全及災害事件通報作業要點」，將「食品中毒」列為法定通報事件，規定各校應於知悉食品中毒事件後，至遲不得逾 24 小時於校安通報網通報。

二、各級學校發生疑似食品中毒事處理作業如下：

(一)事發應變作業：

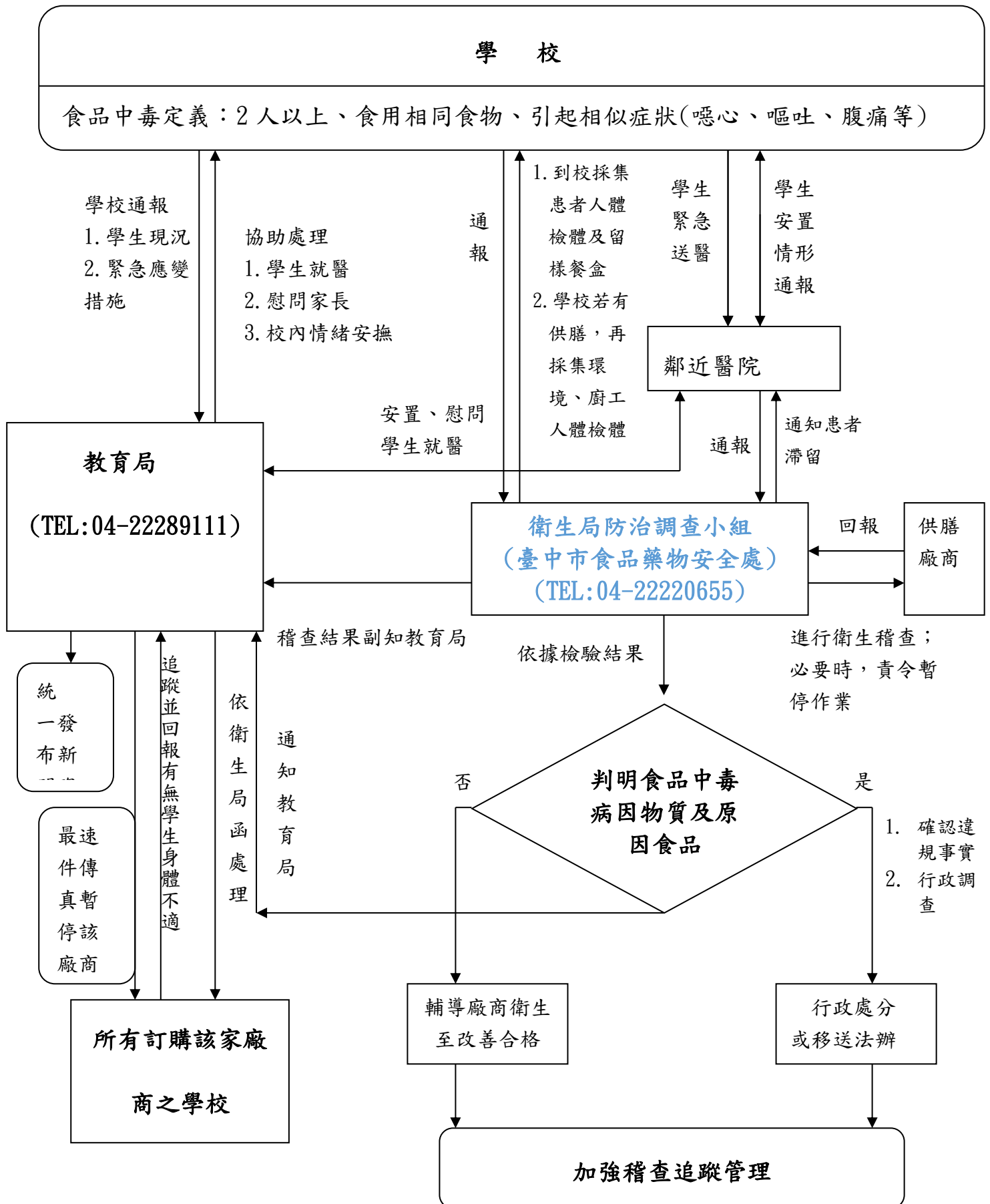
1. 發生事件時應儘速送醫、通報衛生局食品中毒防治小組(電話：04-25265394)，告知事件發生之經過及初步處理情形，並填報校園疑似食物中毒事件即時通報單及校安通報。
2. 配合衛生局檢體採樣及掌握事後督導情形。
3. 持續配合衛生機關後續事項、關心學生健康及更新校安通報。

(二)後續處置作業：

1. 判斷是否為廠商責任，學校依契約規定辦理違約記點、繳納違約金及契約終止等作業。
2. 持續加強校園食品衛生管理及關心師生健康。

臺中市政府所屬各級學校疑似食品中毒緊急處理標準作業流程

109.2.18 修正



大華國中校園疑似食物中毒事件危機應變小組任務組織表(第一階段)

疑似食物中毒：吃同樣食品引起中毒跡象(噁心、嘔吐、腹痛等症狀) 經學校送醫診治人數達2 人以上，或雖未就醫診治惟出現中毒跡象已達5人以上，立即通報並暫停訂購該供餐廠房餐點。

總指揮：校長

【導師、午祕、校護】

- 1.填寫「食物中毒案件個案記錄表」
2. 聯繫家長
3. 採集患者嘔吐物送交衛生局
- 4.向總指揮回報就醫情形

【學務主任】

1. 受理通報
2. 第一時間，告知教育局及衛生局並於24 小時內完成校安通報。
3. 派員隨救護車至醫院(協助掛號)

【總務主任】

- 1.負責和供應廠商聯絡，請廠商到校支援

【輔導主任】

1. 對外統一發言或準備新聞稿。
2. 家長聯繫窗口
3. 安撫校內情緒

【護理師】

- 1..彙整食物中毒個案訪問表
- 2.醫院與學校聯繫窗口回報就醫結果

【午餐秘書】

- 1.提供相關單位留存的檢品
- 2.提供相關菜單及食材來源報告

【衛生組長】

- 1.協調學生就醫流程
- 2 填寫「疑似食物中毒通報記錄表」
- 3.學校與衛生局聯繫窗口

彙整學生「食物中毒緊急就醫記錄表」傳真並電話通報

學生安置情形通報

派員採集檢體及留樣(午祕)

填寫「疑似食物中毒通報記錄表」傳真並電話通報

協調學生緊急就醫

安置、慰問、回報及後續追蹤觀察

【教育局】

體健科
電話：22289111-54707
分機 54707
傳真：25260640

【衛生局】

食物中毒防治小組
電話：25265394
分機 5742
傳真：25290613

【鄰近醫院】

清泉醫院
電話：25605600

回報

【供應廠商】

衛生稽查

學生出院、家長

大華國中校園疑似食品中毒事件危機應變小組任務組織表(第二階段)

總指揮：校長

副總指揮：學務主任

發言人：輔導主任



學務處	導師
<ol style="list-style-type: none"> 1. 加強食品衛生教育宣導 2. 學生請假事務處理 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯繫家長，主動向家長說明病情 2. 加強飲食衛生教育宣導
總務處	午餐秘書
<ol style="list-style-type: none"> 1. 協助事故原因調查 2. 事件申訴賠償救助處理 3. 學校依契約規定辦理契約終止 4. 感謝協助單位及人員 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 督促廚房或食材供應商改善衛生 2. 檢討原因並記錄事件經過以備查 2. 違約記點 3. 協助後續改善及賠償事宜
教務處	健康中心
<ol style="list-style-type: none"> 1. 班級調代課 2. 學生補課事宜 	持續關心全校師生健康

備註：本資料為參考資料，總指揮依實際情況做調整，若人力不足，應編組教師進駐醫院協助救援。

臺中市大華國民中學疑似食品中毒案件個案記錄表

班級：_____

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)

☐拉肚子、☐嘔吐

☐發癢、☐發疹、☐其他 _____

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)
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

導師簽名：_____

臺中市大華國民中學校園疑似食物中毒通報單

通報日期時間	____年____月____日 ____時____分	學校資料	臺中市立大華國民中學 聯絡電話：2568-8251#115 學務處 傳真電話：2567-2981 地址：臺中市雅環路一段2號
通報情形	請依實況 √ <input type="checkbox"/> 已通知學生家長 <input type="checkbox"/> 已通報衛局並採樣送檢 <input type="checkbox"/> 已通報教育局校安中心		
食物供應商	疑似造成中毒之食品：_____		
基本資料	食品來源或廠商名稱：_____		
進食時間	____年____月____日____時____分		
發病時間	____年____月____日____時____分 至 ____時____分		
疑似中毒人數	教職員工： 學生： 總共：	1. 返家休養_____人 2. 送醫治療_____人 3. 在校觀察_____人 4. 其它： _____人	
中毒症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應（ <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹等） <input type="checkbox"/> 神經症狀（ <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩等） <input type="checkbox"/> 其他：		
就醫情況	就醫人數：學生____人，教職員工：____人 初步就診狀況： 醫療院（所）名稱：		
簡述處理情形			

衛生組長：

單位主管：

校長：