

彰化縣各學校（疑似）食媒性傳染病群聚事件辦理事項及流程

一、目的：

學校內發生(疑似)食媒性傳染性群聚事件能即早通報，促使工作人員能即時妥適處理及採取必要防疫措施，避免疫情擴散。

二、群聚通報定義：

有2人以上（含2人）食用相同食物後，出現疑似食媒性傳染病症狀，或有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

三、群聚事件通報及辦理事項：

- (一) 由學校護理師專責通報，填寫（疑似）食媒性傳染病群聚事件即時通報單（附件1）於發生疫情30分鐘內通報，（疑似）食媒性傳染病群聚事件即時通報單（附件1）電子檔郵件寄至教育處體育保健科(電子郵件：cwm5180@chc.edu.tw)、衛生局食品衛生科（FAX：04-7110027）及疾病管制科（FAX：04-7115748），並以電話聯繫確認（教育處體育保健科：04-7112175轉26、46、47、54）；食品衛生科：04-7115141分機5701～5706；疾病管制科：04-7115141分機5100～5103、防疫值班專線：0934-457797）。
- (二) 學校啟動校園危機處理，提供相關疫調資料：（疑似）食媒性傳染病群聚事件個案監視表（附件2）及環境配置圖或人員位置關係圖等。
- (三) 本府教育處接獲通報後密切注意他校學生攝食情況，協助學生、家長及消費者求償問題之處理及啟動緊急應變措施。
- (四) 本縣衛生局於接獲學校或醫院通報有疑似食媒性傳染病群聚事件後立即成立防治調查小組，通報上級並儘速會同疾病管制科及衛生稽查科至學校(發病場所)、醫院進行人體採樣及相關調查、稽查和抽驗工作。
- (五) 如與學校午餐有相關疑慮，針對肇事業者進行調查限期改善或暫停作業之處置，如肇事場所遭停業處置：
 1. 外訂餐盒部分：立即通知教育處通知各校暫停向肇事業者訂購便當，由教育處督導學校辦理後續供餐事宜。
 2. 自辦午餐部分：由學校決定供餐廠商，並由教育處督導學校辦理後續供餐事宜。
- (六) 視需要進行環境消毒對疑似受到污染之區域及物品，採取適當的消毒措

施。

(七) 加強群聚個案之衛教宣導，並追蹤疫情後續發展。

(八) 衛生局於複查完成及確認肇事原因後將相關報告通知教育處辦理。

(九) 遇有下列情事者，得通報衛生福利部食品藥物管理署(TFDA)區管中心派員會同衛生局進行食品中毒案件調查。

1. 個案人數達50人以上者(啟動流行病學調查)。
2. 案情重大或重大新聞事件。
3. 病因物質特殊者(如肉毒桿菌等)。

四、彰化縣國中小校園(疑似)食媒性傳染病群聚事件標準作業流程

校內發現2人以上(含2人)食用相同食物後出現疑似食媒性傳染病症狀，或有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

發生疫情 30 分鐘內由學校護理師專責通報，先行以電話通知並填寫疑似食媒性傳染病群聚事件即時通報單(附件 1)，電子郵件寄至本府教育處體育保健科、傳真至本府衛生局食品衛生科及衛生局疾病管制科，傳真後務必電話確認。

學校啟動校園危機處理 (總指揮：校長 發言人：對外統一發言)
行政組：負責行政通報作業[含校安通報及填報(疑似)食媒性傳染病群聚個案監視表(附件 2)]、聯繫教育處、衛生局、視導區督學、醫院
衛生組：負責聯繫家長並告知就醫情形、安撫情緒及說明
醫護組：學生載送、就醫及環境清潔消毒、協助疫情調查及進行學生檢體採檢

教育處

1. 填報「彰化縣政府教育處重大案件摘要報告表」。
2. 與衛生局確認是否暫停該廠商所供應午餐。如確認停餐，立即通知訂購該廠商餐盒之學校。
3. 統一新聞稿。
4. 俟衛生局來函檢驗結果報告，函轉學校依契約及政府採購法規定辦理。

衛生局

1. 進行現場疫情調查，並填寫(疑似)食媒性傳染病個案訪查表(附件 3)。
2. 視疫情需要，針對有症狀個案進行採檢。
3. 視需要至供餐場所調查，判定是否暫停供餐，並通知教育處。
4. 協助指導環境消毒及加強衛教宣導。
5. 通報症狀通報系統或食品中毒素報系統。
6. 將檢驗、調查結果函文通知教育處。

備註：

1. 教育處體育保健科電話：04-7112175 轉 26 電子郵件：cwm5180@chc.edu.tw
2. 衛生局食品衛生科電話：04-7115141 轉 5700、5702、5703 傳真號碼：04-7110027
3. 衛生局疾病管制科電話：04-7115141 轉 5100~5103 傳真號碼：04-7125156

疑似食媒性傳染病群聚事件即時通報單

一、校 名：彰化縣_____

聯絡電話：_____；傳真電話：_____

二、涉疑食品：_____；食品來源或廠商名稱：_____

三、進食時間：_____年_____月_____日_____時

四、發病時間：_____年_____月_____日_____時至_____時

五、人數統計：

	學生(人)	教職員工(人)	合計(人)
攝食人數			
疑似中毒人數			
就醫人數			
截至目前尚在醫院人數			

六、午餐種類：自辦廚房 受_____ (學校)供應

外訂餐盒

七、當日食物內容：

	當日食物內容
主食	
副食	
湯	
水果或牛奶	
其他	

八、主要症狀：

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 發麻 暈眩等)

其他 (請說明:_____)

九、推測原因：

- 廚工個人衛生習慣不良 廚工健康欠佳 食材來源
送達時間 保存溫度 保存時間 環境衛生不良
購買半成品(名稱:_____)
其他(請註明:_____)

十、處裡情形：

1. 不適學生或教職員工方面

- 就醫送診 回家休養 通知家長

2. 衛生單位檢查採樣項目

- 食品檢體 患者人體檢體
環境檢體 食品工作人員檢體

3. 場所方面

- 限期改善(____月____日前) 輔導改進 全面消毒
暫停使用 其他(請註明:_____)

十一、其他：

十二、聯絡單位：

1. 教育處體育保健科 電話：7112175 分機 26；
 電子郵件：cwm5180@chc.edu.tw
2. 衛生局食品衛生科 電話：7115141 分機 5701～5706；傳真：7110027
3. 衛生局疾病管制科 電話：7115141 分機 5100～5103；傳真：7115748

填表人：

主任：

校長：

聯絡電話：

填送時間：____年____月____日____時____分

疑似食媒性傳染病群聚事件個案監視表

班級	姓名	身分證字號	性別	出生日期	發病日	發病時間	發燒	腹痛	腹瀉	腹瀉次數/天	嘔吐	嘔吐次數/天	噁心	其他	就醫日期	就醫醫院診所名稱	備註

* 症狀必需詢問欄位:腹瀉(含次數)、噁心、嘔吐，如未填寫表示"無"
 * 發病日必填
 * 表格不敷使用請自行影印
 * 若有問題請與衛生局疾病管制科連絡，聯絡電話:04-7115141 分機 5100-5103，傳真電話:04-7115748

彰化縣衛生局(疑似)食媒性傳染病群聚事件個案訪查表

表日期：_____年_____月_____日

一、受訪人姓名：_____ 性別：男 女 出生年月日：_____年_____月_____日

聯絡電話：_____ 身分證字號：_____

(若為學校學生，請填寫班級：_____年_____班)

二、最近一星期是否有感冒：是：自己 家人 _____；否

三、症狀

腸胃症狀：噁心 嘔吐(____次/天) 上腹痛(胃痛) 下腹痛

腹瀉：水瀉(____次/天) 糊便(____次/天)

過敏症狀：發疹 發癢 面潮紅

其他症狀：發燒 頭痛 頭暈 麻痺 複視 吞嚥困難

呼吸困難 眼皮下垂 說話困難 其他 _____

四、症狀開始發生時間：_____年_____月_____日_____時_____分

五、症狀發生前進食情形 (包括用餐時間及食用食品)

第 0 餐(____年__月__日__時__分)			第 1 餐(____年__月__日__時__分)			第 2 餐(____年__月__日__時__分)		
	<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
	<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

(提 供 進 食 食 品 名 稱)

六、認為可疑食物：_____

七、是否就醫：是 否 就醫時間：_____年_____月_____日_____時_____分

就醫院所名稱：_____，醫生告知診斷結果：_____

八、是否住院：是 (已出院 留院觀察) 否