

# 景文科技大學疑似食品中毒案件處理要點

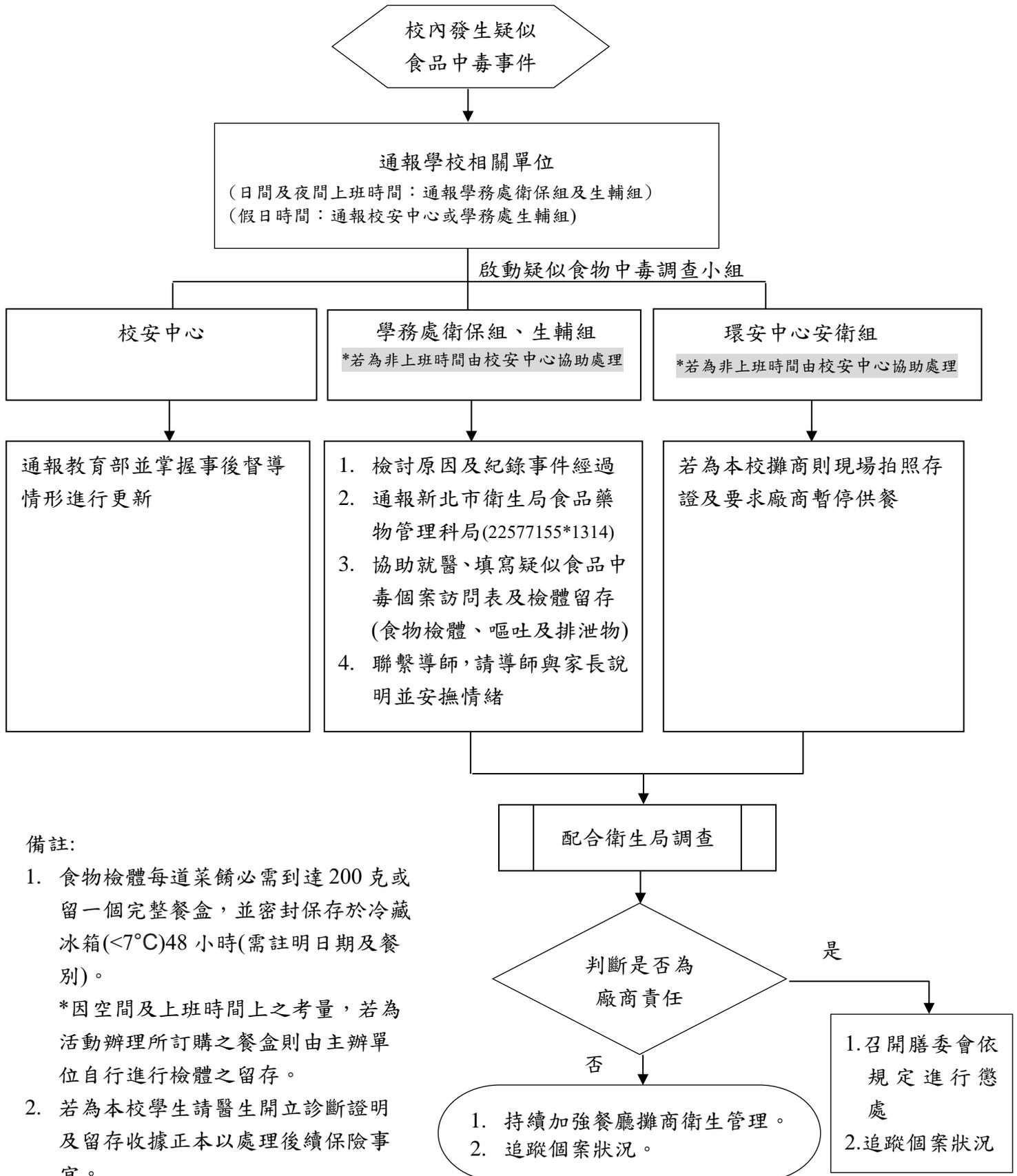
(學 057)

民國 94 年 09 月 06 日 94 學年度第 1 學期膳食衛生委員會制定  
民國 96 年 12 月 18 日 96 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 101 年 09 月 25 日 101 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 104 年 10 月 01 日 104 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 105 年 04 月 14 日 104 學年度第 2 學期膳食衛生委員會修正通過

- 一、為預防校內發生食品中毒事件，並讓本校師生於萬一發生疑似食品中毒時，對處理程序有所遵循依據，特制定景文科技大學疑似食品中毒案件處理要點，以下簡稱本要點。
- 二、校內遇有疑似食品中毒事件發生時，應依本校疑似食物中毒案件處理流程處理，日間及夜間上班時間先以電話通報學務處生活輔導組或衛生保健組，假日時間通報校安中心或學務處生活輔導組，並儘速聯絡各相關單位。(附件：疑似食物中毒案件處理流程圖)。
- 三、食品中毒事件發生後，膳食衛生委員會應成立調查小組，主任委員或副主任委員擔任召集人，並由召集人遴選五位調查委員，衛生保健組組長擔任執行秘書，進行食品中毒事件原因之調查(如為非上班時間，則由校安中心暫且代為調查及處理)，將調查結果呈報校長，如有需要對外新聞發佈，統一由秘書室負責。
- 四、處理要點如下：
  - (一).立即將患者送醫，並通知導師及家長。
  - (二).封存食物檢體
  - (三).環安中心安衛組現場拍照存證，停止供應食物、檢討食譜，嚴重時先停業。
  - (四).填寫似食品中毒個案訪問表及通報校安中心
  - (五).通知衛生主管機關。
  - (六).協助衛生機關執行相關採集檢體工作：餐盒檢體、剩飯、剩菜、患者嘔吐物及排泄物等。
  - (七).消毒：餐廳所有餐具、調理用具、刀具、砧板及環境等全面徹底消毒。
- 五、事後處理：
  - (一).加強稽核餐廳、廚房環境衛生及督導工作人員清潔衛生。
  - (二).追蹤個案狀況
  - (三).保持膳食供應場所清潔
  - (四).重新檢討全面衛生狀況
  - (五).紀錄發生原因或狀況，留作參考
- 六、本要點經膳食衛生委員會會議通過，校長核定後公布實施。

# 景文科技大學疑似食品中毒案件處理流程圖

民國 94 年 09 月 06 日 94 學年度第 1 學期膳食衛生委員會制定  
民國 96 年 12 月 18 日 96 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 101 年 09 月 25 日 101 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 104 年 10 月 01 日 104 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過  
民國 105 年 04 月 14 日 104 學年度第 2 學期膳食衛生委員會修正通過



## 景文科技大學疑似食品中毒案件個案訪問表

單位(系所、班級)：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

一、個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

二、家長姓名：\_\_\_\_\_ 家長電話：\_\_\_\_\_

三、症狀開始發生時間：\_\_月\_\_日 \_\_時 \_\_分

四、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)\_\_\_\_\_

五、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	<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

六、是否就醫：是、否

就醫時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

就診醫院診所名稱：\_\_\_\_\_

七、是否用藥：是、否

八、是否住院：是、否

# Jinwen University of Science & Technology

## Suspected Food Poisoning Case Record Form

Departmental/Class : \_\_\_\_\_ Date & Time : \_\_\_\_\_

1. Case Name : \_\_\_\_\_ Gender : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

2. Parent Name : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

3. Date and Time of Onset of Symptoms(Date and time) : \_\_\_\_\_

4. Symptoms : ( Multiple Choice )

Fever 、 Cough 、 Runny nose 、 Headache 、 Dizziness 、

Nausea 、 Vomiting 、 Abdominal pain 、 Diarrhea 、

Facial flushing 、 Itch 、 Rash 、 Diplopia 、 Drooping eyelids 、 Palsy 、

Difficulty speaking 、 Difficulty breathing 、 Dysphagia 、

Other \_\_\_\_\_

5. Food Consumption History (12 hours before symptoms onset, include time and food name was eaten)

	Date & Time (mm/dd hh:mi)	Date & Time (mm/dd hh:mi)	Date & Time (mm/dd hh:mi)
Meals(food) Name was eaten	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

6. Did you seek medical advice? : Yes 、 No ; When(Date & Time) : \_\_\_\_\_

Hospital Name : \_\_\_\_\_

7. Medication use : Yes 、 No

8. Hospitalized : Yes 、 No