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
民國 115 年 09 月 29 日 115 學年度第 1 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、依據衛生福利部食品藥物管理署食品中毒定義：

(一).二人或二人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀，稱為一件食品中毒案件。

(二).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，或由可疑的食品檢體檢測到相同類型的致病菌或毒素，或因攝食食品造成急性食品中毒（如化學物質或天然毒素中毒等），即使只有一人，也視為一件食品中毒案件。

(三).經流行病學調查推論為攝食食品所造成，也視為一件食品中毒案件。

三、校內（或校外活動）遇有疑似食品中毒事件發生時，應依本校疑似食品中毒案件處理流程處理（附件 1），日間及夜間上班時間先通報學務處生活輔導組或衛生保健組，非上班時間及假日通報校安中心，膳食衛生委員會應於事件發生後立即成立調查小組，由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與報告。各相關單位之權責與分工如下：

(一).校安中心

1. 自知悉事件起 2 小時內完成教育部校安通報。
2. 協助送醫與緊急就醫安排。
3. 掌握事後督導情形並持續更新校安通報狀況。

(二).學務處衛保組（非上班時間由校安中心協助處理）

1. 檢討原因及記錄事件經過，填寫疑似食品中毒案件個案訪問表。
2. 知悉 24 小時內通報新北市衛生局食品藥物管理科 02-22577155。
3. 配合衛生單位提供留樣之查驗、採集檢體（剩餘食品檢體、嘔吐物、排泄物）等相關工作。
4. 紀錄緊急傷病處理情形，追蹤就醫情形並持續關懷學生。
5. 配合主管機關提出審查及改善方式，加強衛生管理，以防類似事件再度發生。
6. 協助學生團體保險理賠申請事宜。
7. 彙整調查結果呈報校長及提報膳食衛生委員會。

(三).學務處生輔組（非上班時間由校安中心協助處理）

1. 聯繫導師，請導師與家長說明並安撫情緒，協助處理學生請假事宜。

(四).環安中心安衛組：（非上班時間由校安中心協助處理）

1. 若涉及本校餐飲攤商，應立即拍照存證並要求廠商暫停供餐，配合衛生單位進度調查並通知廠商後續處理作業，待衛生單位複核合格後始得復業。
2. 督導餐廳環境消毒作業
3. 依相關合約內容進行檢討與懲處

(五).秘書室

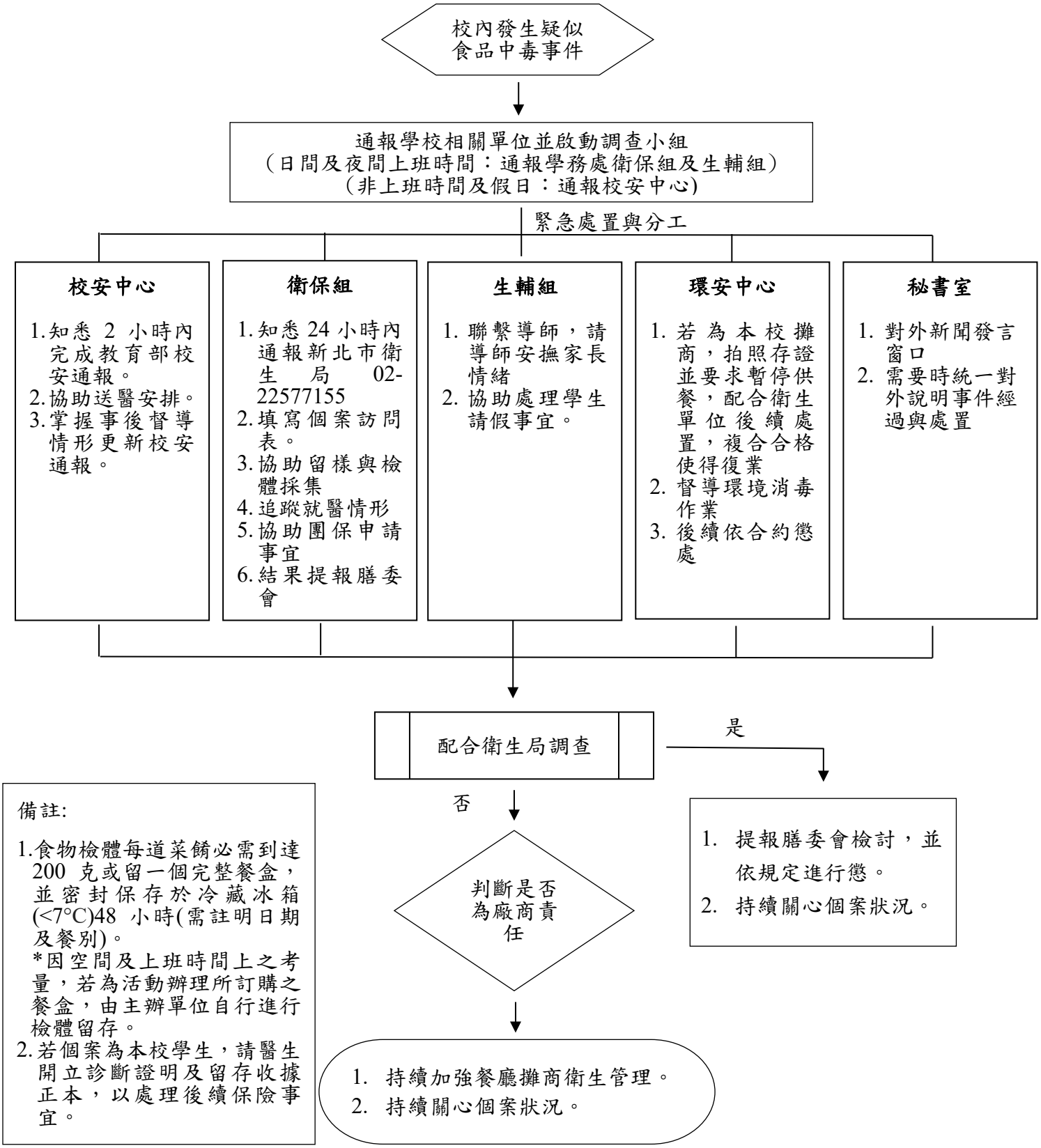
本校對外新聞發言窗口，需要時統一對外說明事件發生經過及後續處理情形。

四、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

附件 1

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
民國 115 年 09 月 29 日 115 學年度第 1 學期膳食衛生委員會修正通過



備註:

1.食物檢體每道菜餚必需到達 200 克或留一個完整餐盒，並密封保存於冷藏冰箱(<7°C)48 小時(需註明日期及餐別)。
*因空間及上班時間上之考量，若為活動辦理所訂購之餐盒，由主辦單位自行進行檢體留存。
2.若個案為本校學生，請醫生開立診斷證明及留存收據正本，以處理後續保險事宜。

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	□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

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:mm) _____	Date & Time (mm/dd hh: mm) _____	Date & Time (mm/dd hh: mm) _____
Meals(food) Name was eaten	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No

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

   Hospital Name：_____

7. Medication use：□Yes、□No
8. Hospitalized：□Yes、□No