

# 國立臺南二中校園發生疑似食品中毒事件應變處理要點

113年7月8日行政會議通過

## 壹、依據

- 一、學校衛生法第15條第3項
- 二、學校餐廳廚房員工消費合作社衛生管理辦法第21條

## 貳、目的

為維護本校師生在校用餐之衛生安全及保障。

## 參、定義

- 一、2人或2人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀。
- 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。

## 肆、適用對象

本校教職員工生

## 伍、處置流程(如附件一)

### 一、發生校內集體食物中毒處理流程

- (一) 立即通報當地衛生主管機關，填寫附件二、附件三表單。
- (二) 2小時內進行校安通報。
- (三) 迅速將食品中毒者送醫，填寫附件四表單。
- (四) 通知家長、導師。
- (五) 關懷中毒者就醫情形、後續護理師進行電話輔導衛教或訪談輔導追蹤。
- (六) 協助學生平安保險理賠申請及向校內餐飲單位申請理賠。

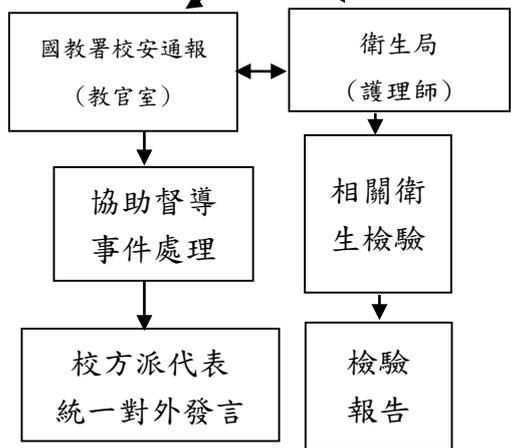
### 二、校內處理機制

- (一) 採取食餘檢體。
- (二) 協助採取相關食品檢體，廚工人體檢體，環境檢體。
- (三) 立即要求發生食品中毒之攤商停止供膳作業。
- (四) 供膳場所進行消毒，以防止再度發生中毒事件。
- (五) 提報午餐供應委員會並會辦總務處庶務組，若為廠商責任依合約求償及理賠並要求立即改善，情節重大則終止合約。

# 國立臺南二中校園發生疑似食品中毒事件應變處理作業流程圖

(疑似)食品中毒：1. 2 人或 2 人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀。  
2. 1 人因肉毒桿菌毒素而引起中毒症狀。

通報、立即停止供餐

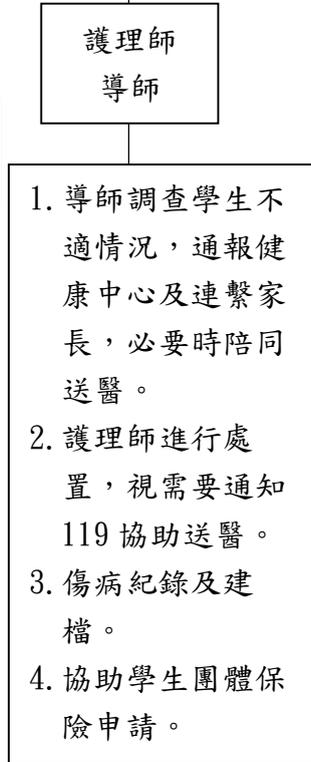


提報本校午餐供應委員會



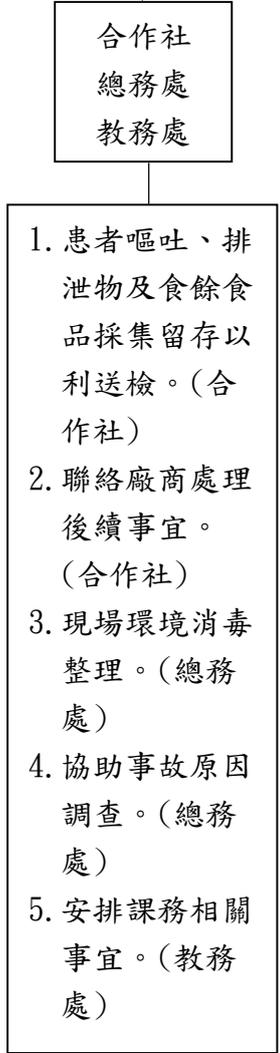
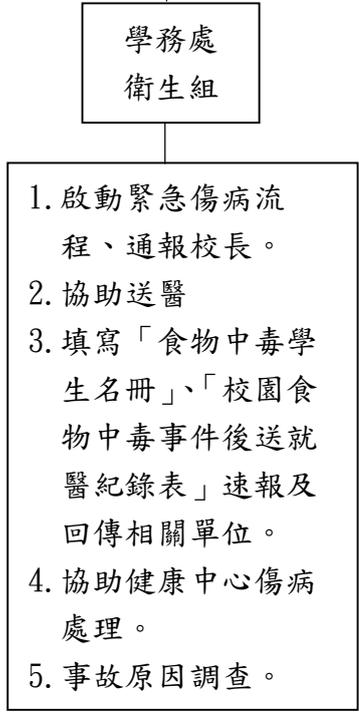
是

依契約向廠商求償及學生理賠事宜。  
依本校餐廳衛生管理要點進行罰則，並  
要求立即改善，情節重大則終止合約。



追蹤關懷  
就醫情形

協助學生平安保險理賠申請



1. 加強校園食品衛生管理。  
2. 持續關心師生健康。  
3. 協助心理輔導。

結案

## 國立臺南二中發生疑似食品中毒事件速報單

學校名稱	國立臺南二中
通報日期 時間	____年__月__日__時__分
聯絡資料	聯絡電話(二線以上)：____、____ 傳真電話：____ 聯絡人：____ 職稱：____ 手機：____ ____ 職稱：____ 手機：____
進食時間	____年__月__日__時__分
發病時間	____年__月__日__時__分
基本概況	攝食人數：學生____人，教職員工____人 疑似中毒人數：學生____人，教職員工____人 就醫人數：學生____人，教職員工____人 就醫地點：_____
供餐方式	<input type="checkbox"/> 團膳 <input type="checkbox"/> 合作社 <input type="checkbox"/> 熱食部 <input type="checkbox"/> 外訂合作
當日餐點 及 供應商資 料	餐點內容： 當日供應商：
主要症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <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(請說明：_____ )
因應替代 措施	
聯絡單位	臺南市政府衛生局疾病管制科 聯絡電話：(06)2880180 傳真：(06)267-4819 臺南市衛生局食品藥物管理科 (06)2604140 (06)2679751-225 傳真(06)2682964

填表人

衛生組長

單位主管

校長

# 國立臺南二中疑似校園食品中毒學生名冊

附件三

序號	班級	姓名	性別	出生年月日	家長電話	發病時間	症狀						就醫情形	備註
							噁心	嘔吐	腹痛	腹瀉	發燒	過敏反應		
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	
			男 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____診所/醫院	

備註：1、請於24小時內提供疑似食品中毒學生名冊予本市衛生局疾病管制科，俾利衛生單位進行疫調分析作業。

2、聯絡單位：臺南市政府衛生局疾病管制科 聯絡電話：(06)2880180 傳真：(06)267-4819

臺南市政府衛生局食品藥物管理科 (06)2604140 (06)2679751-225 傳真(06)2682964

通報人：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_ 通報日期時間：\_\_\_\_\_

國立臺南二中疑似校園食品中毒事件或偶發大量傷患後送就醫紀錄表

附件四

序號	班級座號	姓名	就醫情況	就醫方式	護送人員	送醫時間	隨車人員回報	備註
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	
			<input type="checkbox"/> 返家未就醫 <input type="checkbox"/> 自行就醫 醫院名稱：	<input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 學校派車 <input type="checkbox"/> 家屬車輛	姓名：  電話：		時間：_____ 地點：_____ 情況： <input type="checkbox"/> 急診觀察 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 返家休養	

備註：學校現場管制組(教官室)應每小時通報學校緊急應變中心一次(或交由現場指揮官)，至所有就醫學生出院為止，俾便掌握就醫學生情況。

通報日期、時間： 年 月 日 時 分 填表人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_