

花蓮縣立萬榮國民中學校園食物中毒處理辦法

113.5.2 導師會議通過

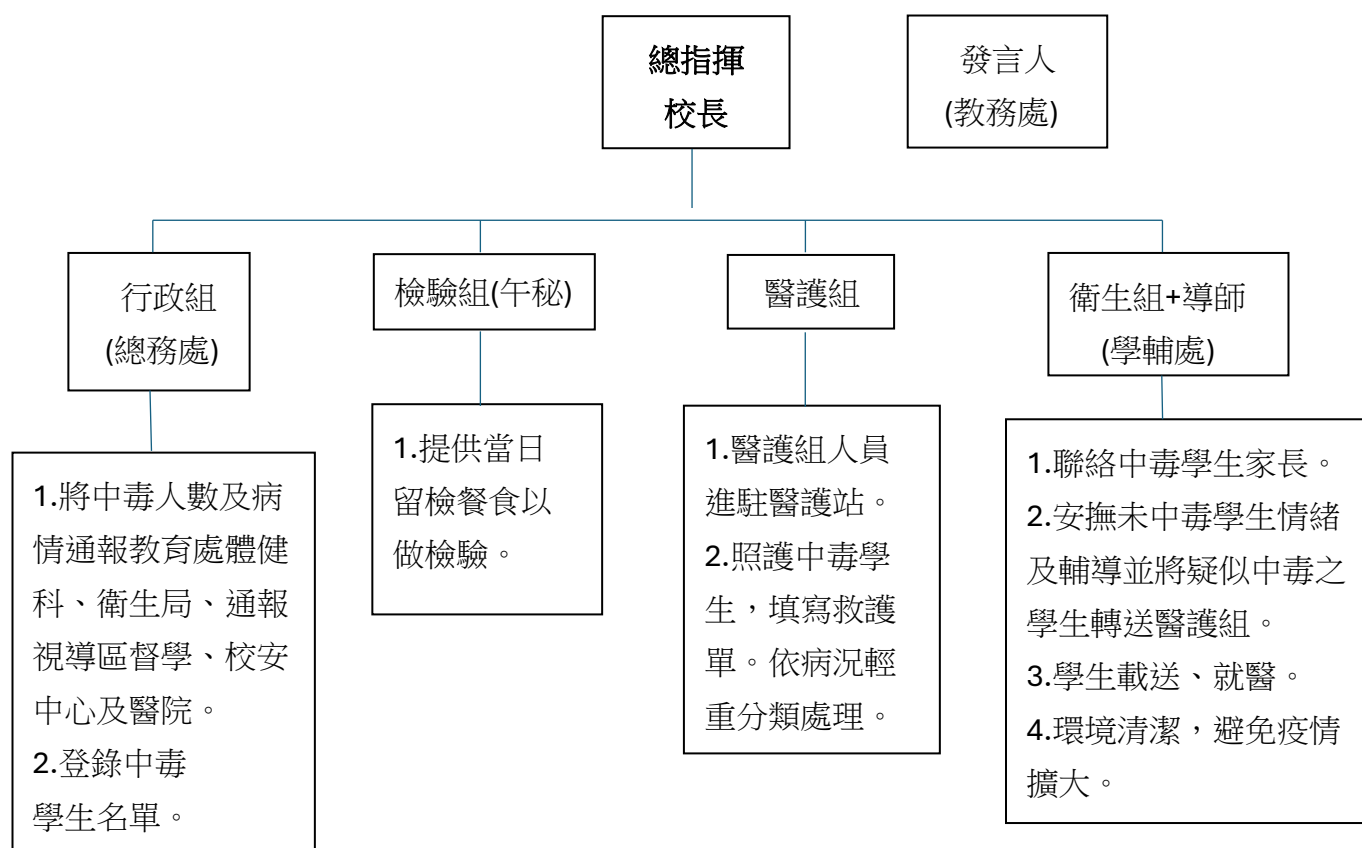
壹、依據：

- 一、花蓮縣政府暨花蓮縣國民中小學辦理學校午餐執行要點。
- 二、花蓮縣校園食品中毒及學校午餐異常或嚴重異物標準作業處理流程。

貳、目的：

- 一、迅速處理食物中毒事件，將傷害降到最低。
- 二、避免中毒事件再擴大，造成不必要的傷亡。
- 三、維持校務正常運作，避免類似事件再發生。

參、食物中毒危機處理小組任務組織表：



肆、處理流程

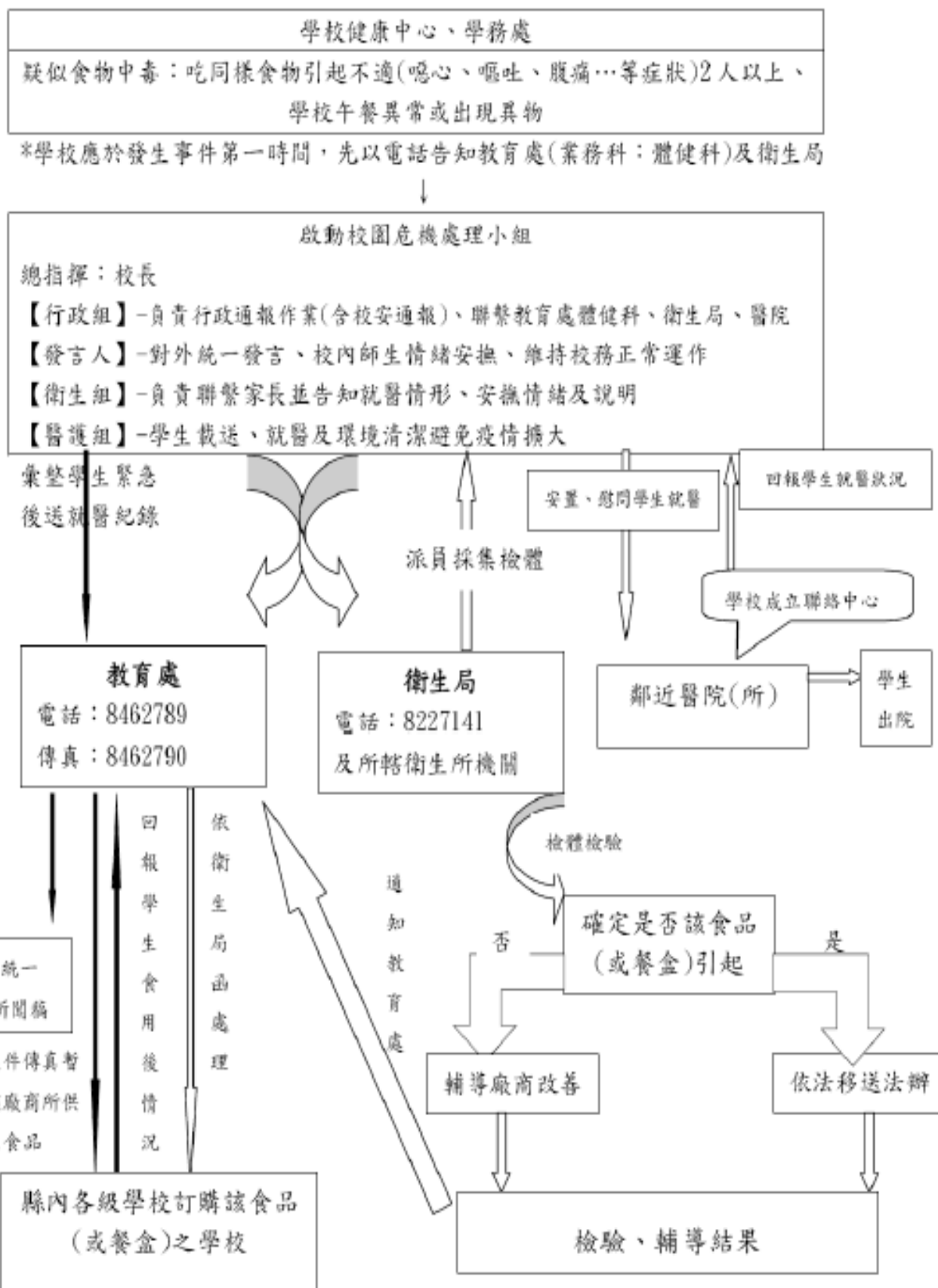
- 一、發現學生吃午餐後出現異狀後，導師立即將該學生送至健康中心。
- 二、護理師判斷為食物中毒後，打電話至醫院，請求派遣救護車支援，並通知該班導師，由導師打電話通知家長情況及送醫醫院。
- 三、校方至少派一名教師隨同救護車，至醫院了解情況，並隨時將醫生診斷情形及病房號碼等最新消息回報學輔處主任。
- 四、校長及全校教職員組成【午餐食物中毒危機處理小組】，迅速針對中毒事件進行處理，由發言人統一對外發言。
- 五、護理師將學生食用殘餘食物、嘔吐物及廚房留樣檢體，送衛生單位檢驗。
- 六、若食物中毒與菜的來源有關，則通知廠商共同處理中毒學生的照顧，並進行醫療及保險理賠的協調。
- 七、學校將事情發生的經過及初步處理情形，以傳真或電話向教育主管機關報備。處理過程、結果及書面報告，於事件再行送達主管機關。

伍、食物中毒之護理：

- (1) 校護先行採取急救措施，並積極照顧患者。
- (2) 安撫患者，以保持安靜和保溫(減少出汗現象)，盡量不要消耗體力，手腳發冷時應以溫水袋保持溫暖。
- (3) 送醫急診並通知家長及安排老師在旁照料。
- (4) 腹瀉嚴重時，應繼續給患者喝少量溫水，以防嚴重脫水。
- (5) 保持中毒者的舒適，如感覺寒冷或疲倦，可蓋上毛毯，以保溫暖。
- (6) 設法排除毒物，應進行催吐、洗胃，盡量排除胃腸內未被吸收的毒物。
- (7) 嘔吐厲害時，可置冰袋於胃部，頭需往兩側擺置，以避免嘔吐穢物阻塞呼吸道。
- (8) 取得學生食用之殘餘食物樣品，並送衛生單位檢驗。
- (9) 通知廠商負起應付的責任。
- (10) 協助辦理醫療及保險理賠。
- (11) 檢討中毒原因，並記錄事件經過，以備查考。

陸、本辦法經導師會議通過，陳請校長核定後實施，修正時亦同。

花蓮縣校園食品中毒及學校午餐異常或嚴重異物標準作業處理流程



花蓮縣學校集體腸胃道症狀(疑似食品中毒)調查表

- 一、姓名：_____ 二、性別：男 女
 三、學校、班級：_____ 四、電話：_____
 五、年齡：_____ 六、出生日期：__年__月__日
 七、住址：_____
 八、發病時間：__年__月__日__時__分
 九、發病症狀：

一般症狀		過敏反應	神經症狀	其他
<input type="checkbox"/> 噁心	<input type="checkbox"/> 嘔吐 (__次)	<input type="checkbox"/> 臉部潮紅	<input type="checkbox"/> 視覺障礙	
<input type="checkbox"/> 下痢帶血	<input type="checkbox"/> 腹瀉 (__次)	<input type="checkbox"/> 發癢	<input type="checkbox"/> 麻痺	
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 發燒 (__℃)	<input type="checkbox"/> 發疹	<input type="checkbox"/> 眩暈	
<input type="checkbox"/> 上腹痛	<input type="checkbox"/> 肌肉痛		<input type="checkbox"/> 複視	
<input type="checkbox"/> 下腹痛	<input type="checkbox"/> 寒顫		<input type="checkbox"/> 昏迷	
<input type="checkbox"/> 出汗	<input type="checkbox"/> 虛弱或虛熱倦怠		<input type="checkbox"/> 語言及吞嚥困難	

- 十、就醫時間：__年__月__日__時__分；未就醫
 十一、就醫地點：_____ 醫院/診所
 十二、攝食時間：__年__月__日__時__分
 十三、攝食地點：_____ (電話：_____)
 十四、攝食食品情形：

「有吃」，請在食用情形欄位打“√”(並註明數量，如一至三口或一碗)；
 「沒吃」，請在食用情形欄位打“×”；不知道，請在食用情形欄位打“△”。

日期	__月__日__時__分 (發病攝食餐次)	__月__日__時__分 (發病前一餐次)	__月__日__時__分 (發病前二餐次)
食用地點			
餐食名稱			
食用情形			

- 十五、在各餐次間是否攝食之其他食品：是 否
 食品名稱：_____ 攝食地點：_____
 食用情形說明(味道，外觀等)：_____
 十六、同行者是否具有相同症狀：是，_____人 否
 是否就醫：是，_____ 醫院/診所 否

備註：倘學校發生集體腸胃道症狀(疑似食品中毒)事件，請於當日下午前，將本校調查表填寫完畢並傳真至本縣衛生局藥食科(傳真:03-8230390)
 電話:03-8227141 分機 243(食品中毒案件管理);分機 240(校園食品管理)