

高雄市政府衛生局 上呼吸道感染群聚監視查核表

99 年 4 月 20 日製表
103 年 5 月 29 日修改
106 年 12 月 18 日再修改
107 年 5 月 16 日再修改
107 年 8 月 8 日再修改
111 年 11 月 14 日再修改
112 年 5 月 30 日再修改
114 年 7 月 3 日再修改

機構/學校名稱：_____單位/班級：_____

專責人員：_____聯絡電話：_____

查核項目	建議改善事項
壹、基本資料： 一、服務對象 ☐住民 ☐住院病人 ☐學生 ☐收容人 ☐士兵，人數：_____人 二、工作人員： ☐行政人員：_____人 ☐醫護人員：_____人 ☐教職員工：_____人 ☐看護工/照服員（含外籍人士）：_____人 ☐管理人員：_____人 ☐軍(士)官：_____人 三、發病個案間可能接觸之區域場所：(可複選) ☐同一病房 ☐同一寢室 ☐同一班級(教室) ☐同一辦公室 ☐同一層樓活動 ☐共用電梯 ☐共用茶水間 ☐共用垃圾桶 ☐共用浴廁 ☐其他：_____	
貳、環境管理： 一、洗手設備合適及充足 二、是否提供洗手乳或肥皂或乾洗手液並符合效期 三、室內環境設置能與戶外空氣直接流通之窗戶或開口，或獨立之機械通風設備，並保持室內通風良好 四、專人定期清潔檢查空調設備及消毒，並有紀錄 五、規劃獨立或隔離空間，提供必要時使用 六、分開收集處理一般垃圾及感染性廢棄物 七、儲備足夠之口罩及手套 八、定期清理建築物污水(化糞池)處理設施，並有紀錄 九、乾淨區及汙染區打掃用具分開使用及放置 十、選用有標示濃度、未逾有效日期、不透明包裝之漂白水 十一、學校使用有加蓋式垃圾桶或腳踏式/感應式垃圾桶 十二、機構內工作人員熟悉消毒水(漂白水)泡製方法 十三、機構內環境清潔有專人負責定期打掃消毒，並有紀錄 十四、機構使用有加蓋之腳踏式/感應式垃圾桶 (註)十二、十三、十四項查核項目學校免評(請填選不適用)	1. ☐是 ☐否 ☐不適用 2. ☐是 ☐否 ☐不適用 3. ☐是 ☐否 ☐不適用 4. ☐是 ☐否 ☐不適用 5. ☐是 ☐否 ☐不適用 6. ☐是 ☐否 ☐不適用 7. ☐是 ☐否 ☐不適用 8. ☐是 ☐否 ☐不適用 9. ☐是 ☐否 ☐不適用 10. ☐是 ☐否 ☐不適用 11. ☐是 ☐否 ☐不適用 12. ☐是 ☐否 ☐不適用 13. ☐是 ☐否 ☐不適用 14. ☐是 ☐否 ☐不適用

查核項目		建議改善事項
參、人員管控：(註)本查核項目學校免評(請填選不適用) 一、定期辦理工作人員之傳染病防治教育訓練 二、工作人員有良好預防傳染病之感染控制觀念 三、落實訪客管理，張貼訪客須知，有症狀訪客配戴口罩、加強洗手，並有完整體溫及症狀紀錄 四、護理紀錄或晨間紀錄本上確實紀錄就醫診斷名稱 五、是否訂定群聚事件處理流程 六、落實執行機構內負責傳染病監視作業人員是否清楚瞭解並熟悉群聚處理機制，並有職代交班制度	1. ☐是☐否☐不適用 2. ☐是☐否☐不適用 3. ☐是☐否☐不適用 4. ☐是☐否☐不適用 5. ☐是☐否☐不適用 6. ☐是☐否☐不適用	
肆、群聚措施執行情形： 一、如有符合應立即通知標準之個案是否立即通知主管單位 二、如有符合應立即通知標準之群聚事件，是否立即通知轄區衛生局(所) 三、是否落實全員戴口罩、洗手五步驟，生病不上班不上課或隔離機制 四、是否完成公共環境清消，加強桌椅、扶手等共同接觸區域之消毒水(漂白水)擦拭每日 2 次以上並有紀錄備查 五、辦理緊急應變會議或教育訓練宣導群聚期間防疫措施 六、是否完成動線規劃，區分有症狀及健康人員活動範圍 七、是否暫停共同課程或活動(停班、停課、停止聚會、暫停混班及跑班、留寢用餐、限制訪客、工作人員固定樓層) 八、是否建立健康管理通報機制，落實每日症狀監測並留有完整紀錄。 九、機構落實只出不進至疫情結束 十、機構工作人員分批用餐，用餐時勿交談或保持 1 公尺間距，用餐畢後進行環境清消 十一、機構提供服務對象或家屬衛教單張，落實衛教溝通 十二、機構已規劃傳染病爆發須封閉機構時，機構人員之安置處所 十三、機構是否訂定機制演練 (註)第八、九、十、十一、十二、十三項查核項目學校免評(請填選不適用)	1. ☐是☐否☐不適用 2. ☐是☐否☐不適用 3. ☐是☐否☐不適用 4. ☐是☐否☐不適用 5. ☐是☐否☐不適用 6. ☐是☐否☐不適用 7. ☐是☐否☐不適用 8. ☐是☐否☐不適用 9. ☐是☐否☐不適用 10. ☐是☐否☐不適用 11. ☐是☐否☐不適用 12. ☐是☐否☐不適用 13. ☐是☐否☐不適用	
伍、後續監測執行情形： 一、是否持續落實環境清消與衛教宣導 二、是否完成 8 (2 倍潛伏期) 日症狀個案及接觸者健康監測，確定無次級(社區)感染	1. ☐是☐否 2. ☐是☐否	

查核項目		建議改善事項
陸、綜合建議指導：		
簽 署	衛生單位查核人員簽章：	
	受查單位代表簽章：	
	查核日期：____年____月____日	