**因應COVID-19國際緊急醫療專機轉送國人(含境外確診)返國就醫**

**執行機構自主查檢表**

**執行機構：** **航空公司：** **填表日期：** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **國際緊急醫療專機資訊** | | | | | | | |
| **乘載人員** | | 就醫者 人 | 伴醫者 人 | 機組人員 人  預計入境 人 | | 醫護人員 人  預計入境 人 | |
| **起飛國家** | |  | **航班** | □短程航班 □長程航班 | | | |
| **預計抵臺時間**  （西元年月日24小時制） | |  | **預計入境港埠** | □松山 □桃園 □清泉崗  □台南 □小港 □花蓮 | | | |
| **境外確診** | | □是 □否 |
| **自主查檢** | | | | | | | |
| **編號** | **查檢內容** | | | | **查檢結果** | | |
| 1 | 依循「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情期間國際緊急醫療專機轉送國人返國就醫申請作業原則」或「境外確診嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)國人專案返國就醫作業原則」所列入境防疫計畫書及轉送計畫書完備轉送行程及就醫規劃等各項防疫勤前準備。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| 2 | 醫療專機於外站零接觸，以「當班往返不入境、不離開機坪、不與當地人員接觸」為原則，且機上全程防護，遵循手部衛生。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| 3 | 已備妥所需之個人防護裝備，且隨行機組人員/醫護人員全程穿戴適當個人防護裝備。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| 4 | 已確認就醫者入境後收治醫院，並安排就醫者入境後至醫院之交通接送(救護車)，收治醫院依循「居家隔離及檢疫者接受醫療照護時之感染管制措施」安排採檢及收治病床。**收治醫院名稱**： | | | | □完成 | | □未完成 |
| 5 | 入境之醫護人員須已完成接種COVID-19疫苗追加劑達14天(含)以上；入境之機組人員優先派遣已完成接種COVID-19疫苗追加劑達14天(含)以上。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| □不適用 | |
| 6 | 已確認醫護人員入境防疫交通規劃及檢疫住所等。如就醫者病況需要，醫護人員得護送入院者，由收治醫院安排入境篩檢。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| □不適用 | |
| 7 | 已安排入境機組人員入境防疫交通規劃及檢疫住所等。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| □不適用 | |
| 8 | 已確認伴醫者入境防疫交通規劃及檢疫住所等。如需緊急入院陪病，由收治醫院安排入院篩檢。 | | | | □完成 | | □未完成 |
| □不適用 | |

【註】上表查檢結果如有任一項目勾選「未完成」或未勾選，即視為未完成自主查檢。若有未完成之查檢項目，請執行機構重新提交自主查檢表予民航主管機關備查。

**填表人：**