

107年醫院感染管制 查核作業手冊

(醫院版)

衛生福利部疾病管制署、各地方政府衛生局
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
中華民國107年5月

107 年醫院感染管制查核作業手冊-醫院版

目錄

壹、總論	1
一、查核目的	1
二、辦理機關	1
三、辦理頻率	1
四、查核對象	1
五、查核委員	2
六、查核內容	2
七、查核作業程序	2
八、實地查核日期	3
九、查核成績核算及查核結果核定原則	3
十、查核結果	3
十一、查核作業流程	4
貳、查核作業規範	5
一、醫院感染管制查核作業查核基準	5
二、查核委員聘任作業	6
三、受查醫院資料提報作業	6
四、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表	7
五、實地查核通知作業	10
六、實地查核作業	11
七、查核結果處理作業	14
八、後續複查及追蹤輔導作業	14
參、醫院感染管制查核委員評核作業	15
一、目的	15
二、辦理時間	15
三、評核對象	15
四、辦理方式	15
五、評核方式	16
六、評核結果	16

肆、醫院感染管制諮詢服務	17
一、目的	17
二、服務對象	17
三、諮詢項目	17
四、受理方式	17
五、諮詢服務受理平台聯繫方式	17
六、醫院感染管制查核諮詢窗口標準作業流程	18
附件 1、傳染病防治法	19
附件 2、醫療機構執行感染管制措施及查核辦法	31
附件 3、107 年度醫院感染管制查核作業查核基準及評分說明	33
附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表	86
自評表附件 1、院內感染監視通報系統 (TNIS) 通報情形查詢方式說明	120
自評表附件 2、台灣院內感染監視資訊系統 (TNIS) 之抗生素抗藥性管理通報 系統實驗室菌株統計通報及查詢操作說明	126
自評表附件 3、傳染病個案通報系統通報操作說明	135
自評表附件 4、結核病通報及列管中個案系統查詢參考步驟說明	137
自評表附件 5、列管中之結核病個案 (不含單純肺外結核個案及外勞) 納入健 保專案管理之比率查詢參考步驟說明	140
自評表附件 6、符合國家標準 CNS14774 之檢測報告範例、醫療器材第一等級 與第二等級許可證範例	143
附件 5、實地查核週通知函-醫院 (範例)	149
附件 6、實地查核通知函-醫院 (範例)	150
附件 7、107 年度醫院感染管制查核表	151
附件 8、查核結果、缺失及建議事項通知函(範例)	157
附件 9、感染管制問題諮詢回復單	160
參考資料 1、「106 年抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案」核定醫院名單	162
參考資料 2、抗生素抗藥性管理通報系統通報項目	163
參考資料 3、符合「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報 或實驗室資料」之醫療院所	164
參考資料 4、醫院感染管制查核作業 Q&A	167

壹、總論

SARS 疫情過後，基於保障病人安全，防範機構內感染，衛生福利部疾病管制署積極推動傳染病防治法修正，強化院內感染管制之相關規範，依據傳染病防治法（附件 1，P. 19）第 32 條第 2 項規定，修訂醫療機構執行感染管制措施及查核辦法（附件 2，P. 31），明文規定醫療機構應執行之感染管制措施及主管機關執行查核之標準。

一、查核目的

- （一）藉由感染管制專家之查核，協助提供醫院感染管制作業之相關建議。
- （二）落實院內感染監測、傳染病通報與隔離治療及院內感染管制預防措施等工作，及早警覺院內感染事件之發生，達成有效防範於未然之效果，以提升醫院感染管制品質及執行效率。
- （三）提升醫界對感染管制之重視，保障病人就醫安全，並提供醫院同仁安全的工作環境。

二、辦理機關

- （一）衛生福利部疾病管制署（中央主管機關）訂定醫療機構執行感染管制之措施、主管機關之查核基準及其他應遵行事項之辦法。
- （二）地方政府衛生局（地方主管機關）應定期查核轄區內醫療機構執行感染管制措施之作業情形；必要時，中央主管機關得派員協助或進行查核。
- （三）協辦單位（本年度感染管制查核作業品質提升計畫委託單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，以下簡稱「醫策會」）協助辦理查核作業相關事宜。

三、辦理頻率

地方主管機關對轄區醫療機構執行感染管制措施作業情形之查核，至少每二年舉行一次；必要時，得增減之。

四、查核對象

依醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構。

五、查核委員

每家醫院應由地方政府衛生局自疾病管制署提供之 107 年度感染管制查核委員聘任名單中，至少聘請感染症專科醫師及感染管制護理師背景之查核委員各 1 名進行實地查核。

六、查核內容

依據疾病管制署訂定之「107 年度醫院感染管制查核作業查核基準」(附件 3，P. 33) 辦理。

七、查核作業程序

(一) 自 106 年度起，醫院感染管制查核頻率調整為 2 年 1 次，且維持當年度申請醫院評鑑之醫院不安排例行感染管制查核之原則，由各地方政府衛生局辦理轄區醫院感染管制查核作業。依據前述原則，本年度應查核對象為 106 年接受醫院評鑑及預訂於 108 年接受評鑑之醫院；另轄區內如有未申請評鑑醫院，查核時程則由衛生局自行排定。作業流程詳如 P.4。

(二) 排程作業確認與通知

各地方政府衛生局於排程確定後，通知受查醫院實地查核之週別。

(三) 實地查核作業

1. 行前通知：各地方政府衛生局於實地查核日前函知受查醫院、疾病管制署及各區管制中心、列席人員等有關當週查核日期、查核行程、協助配合事項及後續聯絡方式。

2. 實地查核進程序：

(1) 會前會。(查核時間合計不含會前會)

(2) 人員介紹及查核流程說明。

(3) 醫院簡報。

(4) 實地查核作業。

(5) 查核人員資料整理與討論。

(6) 查核人員與院方意見交流。

3. 實地查核時間安排：

醫院規模（以總病床數計）	查核時間
99 床（含）以下	130-170 分鐘
100 至 249 床	160-200 分鐘
250 至 499 床	190-230 分鐘
500 床（含）以上	230-270 分鐘

備註：1.含分院或不相毗鄰院區之醫院，一個分院或院區實地查證時間得視需要延長 30 分鐘（不含交通時間）。

2.實地查核時間得視需要延長或縮減 20 分鐘。

八、實地查核日期

由各地方政府衛生局通知，預定於 107 年 10 月 31 日前完成實地查核作業。

九、查核成績核算及查核結果核定原則

依「醫院感染管制查核成績計算方式」進行成績核算、查核缺失及建議事項製作。

十、查核結果

(一) 由各地方政府衛生局於感染管制查核作業系統鍵入查核結果及缺失與建議事項，並於當年度實地查核作業完成後 2 週內將查核結果（含成績、缺失及建議事項）函知轄區內受查醫院。

(二) 各地方政府衛生局應限期要求轄區內受查醫院針對查核「缺失事項」回復改善情形，並針對轄區醫院查核缺失事項之改善情形進行後續追蹤或輔導作業；另，各地方政府衛生局應提供轄區醫院查核建議事項，以利其參酌辦理，衛生局可視情況進行輔導。

(三) 追蹤輔導作業

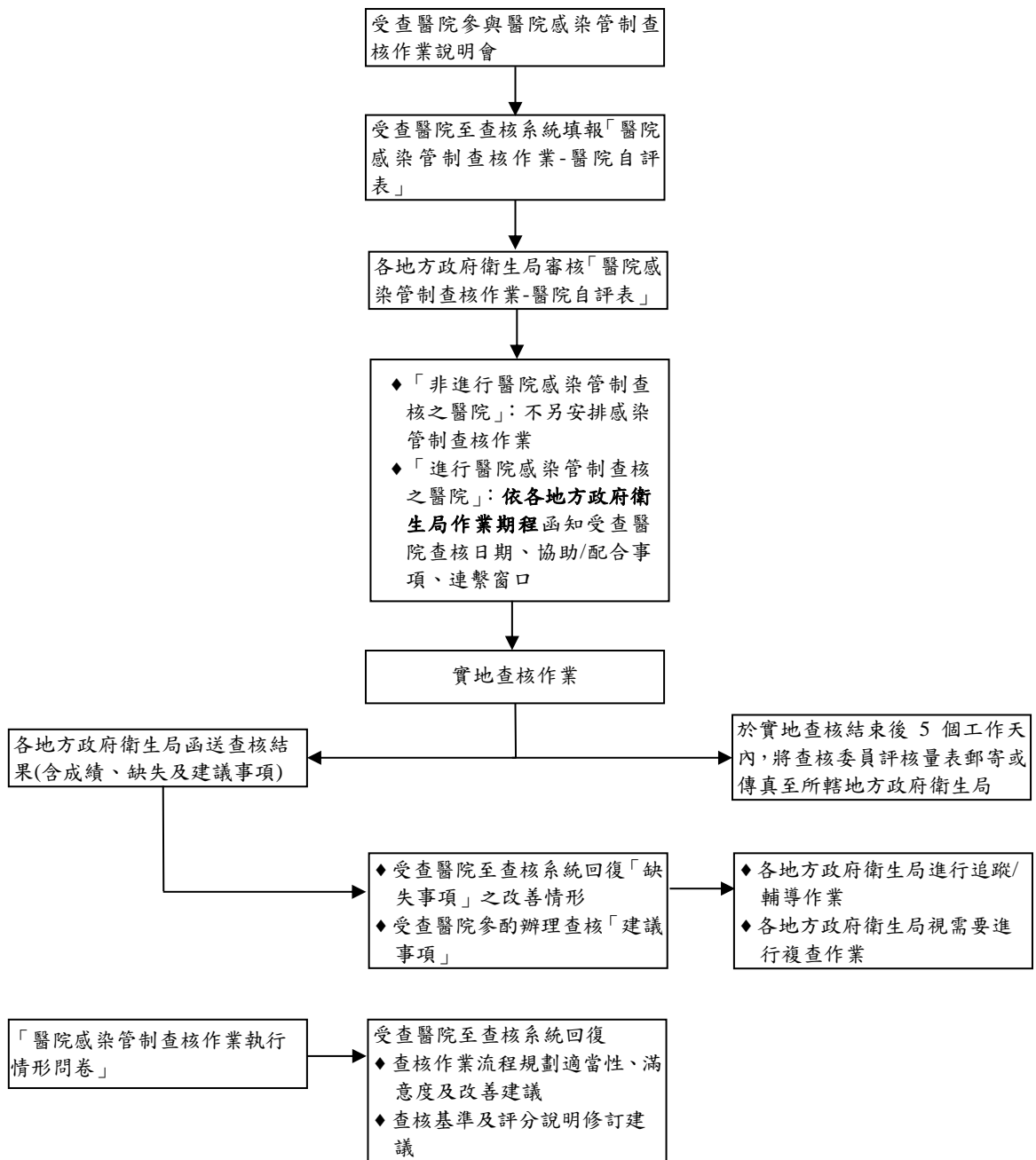
查核缺失與建議事項之後續追蹤或輔導作業，應於 108 年 1 月 10 日前於系統完成轄區醫院缺失與建議事項辦理情形審查意見填報。

(四) 複查作業

1. 轄區內查核結果「達符合率未至 60%」之醫院，必須進行實地複查作業。

2. 複查作業需於 107 年 12 月 17 日前完成，並於 12 月 31 日前至感染管制查核作業系統完成複查成績填報。

十一、查核作業流程



貳、查核作業規範

一、醫院感染管制查核作業查核基準

(一) 依據疾病管制署公告之「107 年度醫院感染管制查核作業查核基準」進行查核，基準內容詳如附件 3 (P.33)。

(二) 107 年度醫院感染管制查核項目與查核基準說明：

1. 本基準係由疾病管制署依據傳染病防治法第 32 條第 2 項規定訂定，查核項目乃依據醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第 16 條規範之範圍研擬，經收集各界意見並送請衛生福利部傳染防治諮詢會「感染控制組」審閱後，於 107 年 2 月 22 日公告。
2. 依醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第 2 條之規定，本查核基準適用醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構。
3. 醫院感染管制查核應考量醫院個別情形，選擇適當的查核項目予以評量，107 年度查核項目共計 5 大項 22 項目，其中包含 6 項可選項目 (Not Applicable)，項目彙整如下表：

大項	基準項目	可選項目 ^註
1.落實執行感染管制措施	6	0
2.確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消	3	1
3.落實抗生素抗藥性管理	3	3
4.配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	8	2
5.員工保護措施	2	0
項目合計	22	6

註 1：可選項目計有 2.2、3.1、3.2、3.3、4.2、4.7 共 6 項次，依據該項評分說明中「本項免評」之條件予以認定查核評量之必須性。

註 2：本年度查核基準研修原則，係配合衛生福利部簡化衛生醫療業務評鑑/訪查/認證政策，並考量與醫院評鑑作業評量方式的一致性，查核基準第 1 至 3 大項之基準名稱，完全對應醫院評鑑基準「2.7 章感染管制」條文，各細項條文 (1.1-1.6、2.1-2.3、3.1-3.3 等 12 項次) 則部分或完全對應醫院評鑑基準「2.7 章感染管制」條文項下評量項目之「符合項目」內容。

4. 評量方式：醫院自我評量達成度 (優良、符合、不符合)，若不適用，則以本項免評表示。

(三) 107 年度醫院感染管制查核項目與查核基準修訂說明：

1. 「感染管制委員會」一詞，統一修正為「感染管制會 (簡稱感管會)」。

2. 查核基準與評分說明修訂內容如下表：

大項		項目	修訂說明
1.	落實執行感染管制措施	6	本項未修正
2.	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消	3	本項未修正
3.	落實抗生素抗藥性管理	3	本項未修正
4.	配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	8	<u>項次 4.5</u> 1.符合項目 3 修正用詞「多重抗藥性結核病」。 2.調整[註]2、3、4、6 內容文字說明。
5.	員工保護措施	2	本項未修正

二、查核委員聘任作業

- (一) 107 年度醫院感染管制查核委員由疾病管制署統籌聘任。
- (二) 依據疾病管制署 106 年 9 月 13 日核定之「醫院感染管制查核品質提升委員人才庫遴選及訓練作業規範」，由各地方政府衛生局、相關學協會及疾病管制署依規定資格，提出推薦名單及被推薦人基本資料。經資格審核通過者，納入醫院感染管制查核品質提升委員人才庫。
- (三) 本年度醫院感染管制查核委員，需為前述醫院感染管制查核品質提升委員人才庫之成員，且全程參與本年度查核團隊共識會議者，始得進行聘任。

三、受查醫院資料提報作業

- (一) 目的：確認本年度需進行查核之醫院。
- (二) 提報流程：疾病管制署依據各縣市醫事機構開業登記資料於感染管制查核系統建置「查核醫院名單確認」，並函請各地方政府衛生局 107 年 4 月 2 日前於系統依據所列醫院進行是否進行查核之勾選，並視需要增刪轄區內醫院。

(三) 查核醫院提報原則：

1. 每一醫療機構代碼下之醫院，均須進行一次查核(完成一份查核表)，惟綜合醫院於同一基地單獨設立之兒童醫院，可依地方政府衛生局需求進行「合併查核」或「分別查核」之提報。
2. 同一醫療機構代碼下有不相毗鄰院區之醫院或經衛生福利部兒童醫院評核合格者，原則上依地方政府衛生局需求進行「合併查核」或「分別查核」之提報：
 - (1) 合併查核：僅需進行一次查核（完成一份查核表），可視需要（院區數）額外延長查核時間。
 - (2) 分別查核：每一院區各安排一次查核行程(個別完成一份查核表)。

四、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表（附件 4，P. 86）

(一) 目的：收集各受查醫院感染管制業務執行狀況，以提供查核團隊參考。

(二) 提交流程：

1. 疾病管制署 107 年 4 月 23 日將醫院自評表公布於全球資訊網提供醫院下載參考。並依各地方政府衛生局確認之本年度需接受感染管制查核醫院名單，開放本年度受查核醫院登入感染管制查核作業系統填寫醫院自評表（本年度不需接受查核之醫院，不需填報醫院自評表）。
2. 綜合醫院於同一基地單獨設立之兒童醫院，可依地方政府衛生局需求與既有綜合醫院進行「合併查核」或「分別查核」。若轄區衛生局決定採「合併查核」辦理，同「不相毗鄰院區」之合併查核方式，僅須完成 1 份查核表（成績）；醫院自評表亦僅需 1 份，惟在自評表項次 1.2 部分需將感染管制醫師與護理人力依其職登於總院或兒童醫院的情形，分別填寫人數。
3. 各受查醫院須登入 TNIS 系統-感染管制查核作業系統填報醫院自評表，原則上於 107 年 5 月 27 日前上傳予轄屬衛生局進行確認，惟上傳截止日期依各地方政府衛生局規定為準。
4. 由各地方政府衛生局確認轄內醫院自評表內容正確性，若內容有不完整或邏輯謬誤等情形發生時，將退回請受查核醫院進行修正。退回自評表時將同時寄發電子郵件通知，請受查核醫院於 7 天內完成修正並

重新上傳。

(三) 醫院自評表填報作業：

1. 受查醫院填報注意事項：

- (1) 封面：填寫醫院基本資料，包含單位主管、聯絡人、聯絡方式等，醫院名稱及機構代碼由系統自動帶入。
- (2) 「醫院病床資料」欄位：由系統自動帶入醫院病床設置概況，如有需更正事項，應於備註欄說明。
- (3) 「自評等級」欄位：參考醫院感染管制查核基準及評分說明，依醫院達成度（優良、符合、不符合）勾選該項成績或「本項免評」。
- (4) 「執行狀況簡述」欄位：
 - A、每一受查項目均需依序填寫，惟「自評等級」欄位勾選「本項免評」之項目可不需填寫。
 - B、針對該項之執行現況進行簡單描寫，以不超過500字為原則。
 - C、部分欄位需填入相關數據資料（如：系統稽核資料、人力配置等），並以106年1月至12月間之資料為填報基礎。
 - D、查核項次1.6、3.3、4.3、4.4及4.6所需填報之相關資料及數據，可參考自評表附件1~6（P.120~148）進行查詢。
- (5) 「附表一、醫院前次查核改善意見一覽表」：
 - A、對應項次1.1，填入前次查核（非複查或追蹤輔導）改善意見對應之「項次」、「意見內容」、「改善狀況」、「改善情形」。106年度評鑑醫院請說明105年查核建議事項及106年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。
 - B、前次查核結果為「不符合」項次所對應之改善意見，請歸入「缺失事項」表格中。
 - C、前次查核結果為「優良」、「符合」項次所對應之改善意見，或為「綜合評語」，請歸入「建議事項」表格中。
 - D、若為新設立機構第一次接受查核者，免填本表。
- (6) 「附表二、醫院感染管制聘請他院之兼任人力資料」：對應項次1.2，若有聘請他院之兼任人力，請填入院內相關感染管制兼任人力資訊。

- (7) 「附表三、106年全院手部衛生內部稽核統計結果」：對應項次1.4，依實際執行情形，填寫「手部衛生機會數」、「手部衛生行動/步驟」、「手部衛生時機數」等稽核資料。
- (8) 「附表四、106年1月至106年12月院內感染群突發事件統計表」：對應項次1.6，分別以「事件/病原別」、「單位別」進行院內感染群突發事件之案件數統計，並綜述相關「改善措施及成果」。「院內感染群突發事件」係依醫院作業原則自行區分之。「事件/病原別」可分列如：腹瀉、不明原因發燒、上呼吸道感染、疥瘡、多重抗藥性細菌、諾羅病毒、桿菌性痢疾、水痘、麻疹等。
- (9) 資料填報完成，並將完成核章的自評表首頁及相關附件等文件上傳後，進行資料上傳，完成自評表填報作業。

(四) 病床數計算說明：

1. 查核基準及評分說明所提之病床數係以醫院向地方政府衛生局申請開放使用之病床數。
2. 總病床數=一般病床+特殊病床
 - (1) 一般病床：急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床、慢性結核病床、漢生病病床。
 - (2) 特殊病床：加護病床、燒傷病床、急診觀察病床、其他觀察病床、嬰兒病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床、安寧病床、呼吸病床、急性結核病床、精神科加護病床、產科病床、腹膜透析病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床。

- (五) 受查醫院依限將填寫完成的自評表提交轄屬地方政府衛生局，由衛生局感染管制查核作業承辦人員於查核作業系統確認轄內醫院自評表內容正確性，若內容有不完整或邏輯謬誤等情形發生時，將退回請受查核醫院進行修正。退回自評表時將同時寄發電子郵件通知，請受查核醫院於7天內完成修正並重新上傳。

【自評表填報說明範例】

參考查核基準及評分說明勾選該項成績（優良、符合、不符合、本項免評）

受查項目（自評為優良、符合、不符合之項目）均需填寫。本項免評之項目則不需填寫

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述（500字以內）
4.3	有專人負責結核病個案管理及衛教工作	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）__人 （查詢方式如附件4） *結核病個案管理人力：結核病專任個案管理師__人 結核病個案管理師訓練合格__人 *列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保專案管理比率為__%（查詢方式如附件5） #本項執行狀況簡述：

針對該項之執行現況進行簡單描寫「#」，以不超過 500 字為原則

部分欄位需填入數據資料「*」（如：系統稽核資料、人力配置等），以 105 年 1 月至 12 月間之資料為填報基礎

五、實地查核通知作業

（一）由各地方政府衛生局依其作業期程函知受查核醫院（如附件 5、6，P. 149、150）併以電話連繫，連繫內容如下：

1. 實地查核日期。
2. 連絡窗口（所轄衛生局）。
3. 查核委員安排人數。
4. 書面資料準備說明：參照「107 年度醫院感染管制查核作業查核基準」備齊相關書面資料。
5. 協助/配合事項：
 - (1) 實地查核期間，依規定除茶點、飲料外，均不接受醫院招待及各項饋贈、紀念品或禮品等，敬請惠予配合。
 - (2) 查核委員實地查核時，請貴院指派業務相關同仁陪同並協助說明，惟以不影響醫療作業正常運作為原則。

（二）有關既定之查核行程，原則上不予調整；惟發生下列可能突發狀況，擬定因應方案如下：

1. 天災（如颱風、地震、豪雨）：將視受查醫院、查核委員與地方政府衛生局所在地受災狀況，或依據「行政院人事行政總處」公布之停止辦

公及上課規定，由受查醫院轄屬衛生局，依實際狀況需要彈性調整，並通知相關單位。

2. 受查醫院若有如歇業、停業或申辦作業中等狀況：應於實地查核前由醫院轄屬衛生局確認後通知疾病管制署。
3. 國內或受查醫院發生重大疫情：經由受查醫院轄屬衛生局及疾病管制署視實際情況商討確認後，配合辦理行程取消或變更事宜。

六、實地查核作業

(一) 查核團隊成員：

1. 查核委員：依據醫院評鑑評定結果每家醫院至少安排感染症專科醫師及感染管制護理師背景之查核委員各1位(查核團隊成員分配如下表)，依據公布之查核基準及評分說明進行實地查核，並提供改善建議。

查核委員背景 醫院評鑑評定結果	感染症 專科醫師	感染管制 護理師	感染管制 醫檢師	地方政府衛生局、 疾管署及各區管中心
醫學中心與準醫學中心	1	1	1	至少 1 位
醫學中心與準醫學中心以外的醫院	1	1	—	至少 1 位

註：107 年感染管制查核作業品質提升計畫專案暨研修小組第 1 次會議決議

2. 召集委員：協助實地查核過程之進行及與醫院之溝通；由團隊中之感染症專科醫師、感染管制師、地方政府衛生局代表中推選較資深者擔任。
3. 地方政府衛生局：受查醫院之轄屬衛生局人員，提供醫院特殊狀況之說明，並與查核委員共同進行實地查核作業；於查核後彙整查核結果、缺失事項及建議事項函送受查醫院，並進行後續追蹤或輔導作業。
4. 疾病管制署及各區管制中心：疾病管制署及受查醫院之轄屬各區管制中心代表，可擇梯次派員參與，瞭解查核作業執行情形。
5. 觀摩委員：新聘任之查核委員未具查核或輔導經驗者，將由衛生局安排區域級以上醫院進行實地觀摩行程，協助新聘委員熟悉查核作業，並由資深委員提供查核方法與技術之經驗分享。
6. 列席人員：促進醫院間交流，提供互相學習的機會（擇梯次參與）。

(二) 實地查核進程序：

1. 會前會 (20~30 分鐘)：由查核團隊針對當日 (梯次) 受查醫院之概況進行討論及釐清相關疑義，以建立初步查核共識；惟召開地點及執行方式需考量當梯次受查醫院之方便性等，將由本年度負責連繫單位另行通知查訪人員會議地點等相關訊息。
2. 人員介紹及查核流程說明：由召集委員說明查核目的與預定流程，並介紹查核團隊成員；另由醫院介紹陪同人員。
3. 醫院簡報：由受查醫院以「前次查核改善意見之改善情形」為重點進行說明。
4. 實地查核作業：依據公布之查核基準及評量共識進行實地查核。
5. 查核人員資料整理與討論：查核團隊針對實地查核之查核結果作逐一確認 (含成績、缺失及建議事項)，院方、列席人員請暫時迴避。
6. 查核人員與院方意見交流：查核團隊回饋查核結果，與受查醫院充分溝通及討論，並請受查醫院確認查核結果、缺失事項及建議事項內容。
7. 查核表簽署並存檔：查核結果確認後，由「查核委員」、「衛生局」、「醫院代表」簽署查核表 (附件 7, P. 151) 後，分別為「第一聯：醫院」、「第二聯：衛生局」、「第三聯：疾病管制署各區管制中心」；第一聯由受查醫院留存，第二、三聯均由衛生局攜回，再轉交疾病管制署各區管制中心留存。

(三) 醫院感染管制查核作業進行方式及時間分配表：

進行方式	時間分配 ¹			
	99 床(含)以下	100 至 249 床	250 至 499 床	500 床(含)以上
會前會	20-30 分鐘	20-30 分鐘	20-30 分鐘	20-30 分鐘
人員介紹及查核流程說明	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘
醫院簡報 ²	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘
實地查核作業 ³	50-80 分鐘	80-110 分鐘	110-140 分鐘	150-180 分鐘
查核人員資料整理與討論 ⁴	40-50 分鐘	40-50 分鐘	40-50 分鐘	40-50 分鐘
查核人員與院方意見交流 ⁵	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘
合計 ⁶	130-170 分鐘	160-200 分鐘	190-230 分鐘	230-270 分鐘

備註：

1. 醫院規模之床數計算係以總病床數計。實地查核時間得視需要延長或縮減 20 分鐘。
2. 簡報請醫院以上次查核改善意見之改善情形為重點進行說明。若有經衛生福利部兒童醫院評核合格者合併查核者，簡報內容須含括兒童醫院之內容。
3. 查核委員實地查核時，請醫院指派業務相關同仁陪同並協助說明，惟以不影響醫療作業正常運作為原則。
4. 「查核人員資料整理與討論」時段，院方、列席人員請暫時迴避。
5. 「查核人員與院方意見交流」時段，需確認查核結果並經「查核委員」、「衛生局」、「醫院代表」簽署查核表後，分別由「衛生局」、「醫院」、「疾病管制署各區管制中心」攜回留存。
6. 查核作業時間合計不含會前會；含兒童醫院、分院或不相毗鄰院區之醫院，一個分院或院區實地查證時間得視需要延長 30 分鐘（不含交通時間）。

(四) 107 年度醫院感染管制查核結果回饋：

1. 「107 年度醫院感染管制查核表」書寫原則：

(1) 「查核結果」勾選：

A、採「優良」、「符合」、「不符合」評量方式，若不適用，則以「本項免評」表示。

B、參照公布之查核基準及評分說明、共識會議決議，依據醫院實際狀況，勾選「」適當之達成度。

(2) 「缺失原因及改善意見」及「建議事項」書寫：

A、查核結果勾選為不符合之項目請查核委員務必說明原因並給予改善意見。

B、查核結果為優良或符合之項目，則由查核委員視需要酌予提供建議，以利醫院持續提升品質。

(3) 「綜合評語」書寫：內容應為基準所未包含內容之意見，非為基準所包含之意見統整。

(4) 「受查核醫院回饋意見」書寫：由受查核醫院勾選，視需要簡要描述對實地查核過程、查核結果之意見，並於頁尾「受查核醫院代表簽名」欄位簽名。

2. 本年度醫院感染管制查核表採現場回饋查核結果方式。

3. 於回饋過程中，受查醫院與查核團隊均應秉持「專業」、「客觀」、「理性」原則，並由召集委員引導討論，確保討論交流過程之「平和」與「效率」。

4. 若受查醫院對部分基準之查核結果未能與查核團隊達成共識，請列舉於查核表之「受查核醫院回饋意見」欄位。

七、查核結果處理作業

(一) 醫院感染管制查核成績計算方式，分別計算下列達成率：

1. 達符合以上比率= $\frac{\text{查核後勾選為「優良」或「符合」之項目數}}{\text{實際查核項目（需扣除本項免評之項目）}} \times 100\%$
2. 達優良以上比率= $\frac{\text{查核後勾選為「優良」之項目數}}{\text{實際查核項目（需扣除本項免評之項目）}} \times 100\%$

(二) 醫院感染管制查核結果處理方式：

1. 各地方政府衛生局於當年度實地查核作業完成後 2 週內將查核結果、缺失及建議事項函知（附件 8，P. 157）轄區內受查醫院。
2. 查核結果評定為「不符合」項目之「缺失原因及改善意見」屬於「缺失事項」；查核結果評定為「符合」或「優良」項目之「建議事項」及總結之「綜合評語」，則屬於「建議事項」；其中「缺失事項」需請受查醫院限期改善，而「建議事項」則請受查醫院參酌辦理，並請受查醫院於查核作業系統填寫「缺失與建議事項辦理情形」。
3. 若本年度受查醫院查核成績計算結果「達符合以上比率」未至 60% 者，則由轄屬地方政府衛生局加強追蹤，並進行複查。

八、後續複查及追蹤輔導作業

(一) 複查作業：

1. 各地方政府衛生局轄區內之醫院若本年度查核成績「達符合以上比率」未達 60% 者需進行複查。
2. 各地方政府衛生局需於 107 年 12 月 17 日前完成複查作業，並於 12 月 31 日前至感染管制查核作業系統完成複查成績填報。

(二) 追蹤輔導作業：

1. 各地方政府衛生局應要求轄區內受查醫院限期回復查核「缺失事項」改善情形以及「建議事項」採參狀況。
2. 各地方政府衛生局應針對轄區醫院查核「缺失事項」之改善情形進行後續追蹤或輔導作業，及視需要輔導醫院參採委員「建議事項」，持續提升感染管制品質。

參、醫院感染管制查核委員評核作業

鑑於委員評核制度之實施為國際潮流及政策方向，為建立符合本國國情之查核委員評核制度，於98年訂定「醫院感染管制查核委員評核試辦作業要點」，並於99年起正式實施，本年度將持續辦理委員評核作業；以下針對相關作業進行說明：

一、目的

為確保查核委員之專業水準，衡量查核委員適任醫院感染管制查核工作之能力，辦理查核委員之評核作業。

二、辦理時間

於每梯次實地查核結束時進行評核。

三、評核對象

參與本年度醫院感染管制查核之委員。

四、辦理方式

採具名方式，依該梯次之實際觀察，據以填寫評核量表，並將評核量表以密封方式寄回該梯次之負責單位，評核項目如下：

評核項目	評核內容
一、查核能力	1.實地評量時，實事求是，多看、多聽、多了解。
	2.有掌握查核基準、評分說明涉及之知識及資訊，不以過期的知識及資訊評量醫院。
	3.能依據查核基準、評分說明及委員共識，客觀公正地查核；不以個人主觀見解，而偏離規定。
	4.能認知查核的目的是提升品質與病安，不會利用查核去達成其他無關的目的。
二、溝通能力	5.查核時能耐心傾聽、了解醫院人員的回答，不斷章取義。
	6.查核時能給予對方足夠的回應時間或適度給予提示。
三、輔導能力	7.依受查醫院特性及規模，提供適切、具體之輔導意見。
四、查核態度	8.查核時專注認真，不會過度分心處理私事（如忙於接手機、找人閒聊、社交等）。
	9.查核過程中不使用批判性言語或責罵方式。

評核項目	評核內容
五、評量表書寫品質	10.評量表確實呈現查核發現及具體建議。
六、委員倫理規範	11.不要求也不收受醫院贈送禮品。
	12.不會借查證名義，要求醫院提供與查核無關之資料；或對醫院資料拍攝、影印或借出到院外使用。

五、評核方式

- (一) 評核採具名方式依實際狀況及感受進行填答與簽名，評量結果若為「欠缺」或「不符合」時，請務必於該項目說明欄中填寫說明。
- (二) 評核作業之進行及評核量表回收、登打、分析均遵守保密原則，評核者個人資料絕對不會出現於報告中或洩漏給任何第三方。
- (三) 評核者需於實地查核結束後：5 個工作天內將評核量表郵寄或傳真至所轄地方政府衛生局，並由衛生局於當年度所有行程結束後 2 週內，彙整委員評核量表提供予醫策會進行成績處理及分析作業。

六、評核結果

由醫策會彙整、分析，並將評核結果提供疾病管制署作為查核委員聘任及未來辦理委員教育訓練課程之參考。

肆、醫院感染管制諮詢服務

一、目的

為協助處理醫院在推動感染管制業務及查核所遭遇之疑難，將提供諮詢服務，提供感染管制業務實務建議，促進專家與感染管制業務同仁對話與解決問題。

二、服務對象

各醫院及衛生單位相關同仁。

三、諮詢項目

1. 醫院感染管制查核作業基準。
2. 醫院感染管制臨床實務作業。

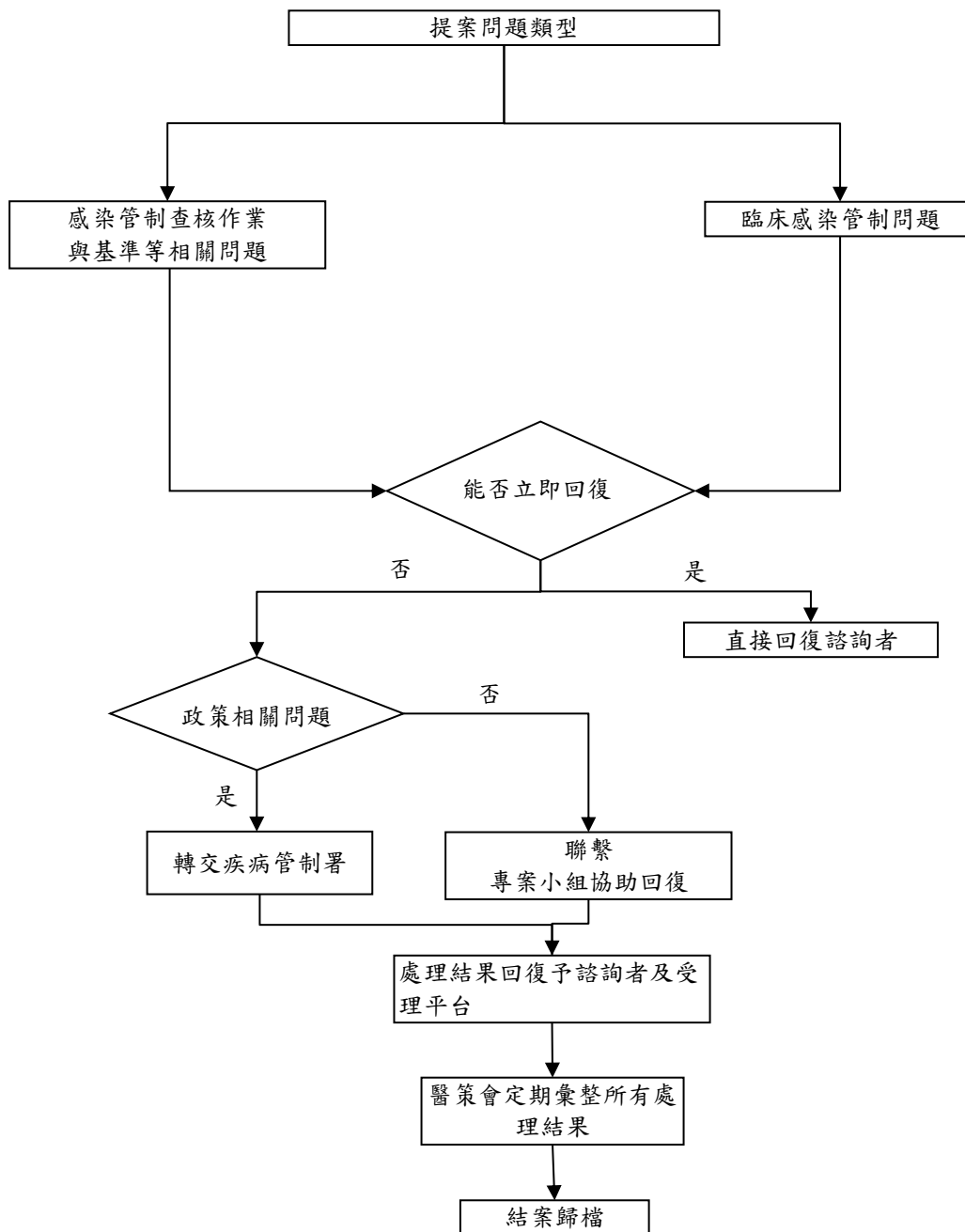
四、受理方式

1. 受理單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（醫策會）。
2. 感染管制問題諮詢回復單如附件 9，P. 160。
3. 可以透過醫策會服務信箱（www.jct.org.tw）、傳真、E-mail、信件、公文等方式提出感染管制相關問題諮詢，惟為利回覆及瞭解，請協助提供相關資料：
 - (1) 採「醫策會服務信箱」方式諮詢者：請填寫相關問題及聯絡資料，由醫策會以公文流程辦理。
 - (2) 採「傳真、E-mail、信件、公文」方式諮詢者：請填寫「醫院感染管制諮詢提問單」，並以電子檔案或書面提供受理單位。
4. 為妥善運用感染管制諮詢服務資源，若有下列情況恕不受理：
 - (1) 匿名或未以真實身份提出諮詢。
 - (2) 無具體事實。
 - (3) 非感染管制相關問題。

五、諮詢服務受理平台聯繫方式

諮詢平台	電話	傳真	電子信箱	地址
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	02-89643000 轉 3194、3193	02-29634022	ic@jct.org.tw	220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓

六、醫院感染管制查核諮詢窗口標準作業流程



附件 1、傳染病防治法

中華民國三十三年十二月六日國民政府制定公布全文 35 條

中華民國三十七年十二月二十八日總統令修正公布第 31、32 條條文

中華民國七十二年一月十九日總統令修正公布全文 40 條

中華民國八十八年六月二十三日總統(88)華總(一)義字第 800142740 號令修正公布名稱及全文 47 條(原名稱：傳染病防治條例)

中華民國九十一年一月三十日總統(91)華總一義字第 09100020670 號令修正公布第 27、37 條條文

中華民國九十三年一月七日總統華總一義字第 09200248391 號令修正公布第 5、31 條條文

中華民國九十三年一月二十日總統華總一義字第 09300010081 號令修正公布全文 75 條；並自公布日施行

中華民國九十五年六月十四日總統華總一義字第 09500085221 號令修正公布第 4 條條文

中華民國九十六年七月十八日總統華總一義字第 09600091011 號令修正公布全文 77 條；並自公布日施行

中華民國九十八年一月七日總統華總一義字第 09700288181 號令修正公布第 27 條條文

中華民國一百零二年六月十九日總統華總一義字第 10200113981 號令修正公布第 4、9、27、32、39、46、50、59、62、67、69 條條文

中華民國一百零二年七月十九日行政院院臺規字第 1020141353 號公告第 2 條所列屬「行政院衛生署」之權責事項，自一百零二年七月二十三日起改由「衛生福利部」管轄

中華民國一百零三年六月四日總統華總一義字第 10300085321 號令修正公布第 2、23、51 條條文

中華民國一百零四年六月十七日總統華總一義字第 10400070781 號令修正公布第 38、67、70 條條文

中華民國一百零四年十二月三十日總統華總一義字第 10400151501 號令修正公布第 32、33、67~69 條條文

第一章總則

第 1 條 為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，特制定本法。

第 2 條 本法主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第 3 條 本法所稱傳染病，指下列由中央主管機關依致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低分類之疾病：

一、第一類傳染病：指天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群等。

二、第二類傳染病：指白喉、傷寒、登革熱等。

三、第三類傳染病：指百日咳、破傷風、日本腦炎等。

四、第四類傳染病：指前三款以外，經中央主管機關認有監視疫情發生或施行防治必要之已知傳染病或症候群。

五、第五類傳染病：指前四款以外，經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成影響，有依本法建立防治對策或準備計畫必要之新興傳染病或症候群。

中央主管機關對於前項各款傳染病之名稱，應刊登行政院公報公告之；有調整必要者，應即時修正之。

第 4 條 本法所稱流行疫情，指傳染病在特定地區及特定時間內，發生之病例數超過預期值或出現集體聚集之現象。

本法所稱港埠，指港口、碼頭及航空站。

本法所稱醫事機構，指醫療法第十條第一項所定醫事人員依其專門職業法規規定申請核准開業之機構。

本法所稱感染性生物材料，指具感染性之病原體或其衍生物，及經確認含有此等病原體或衍生物之物質。

本法所稱傳染病檢體，指採自傳染病人、疑似傳染病人或接觸者之體液、分泌物、排泄物與其他可能具傳染性物品。

第 5 條 中央主管機關及直轄市、縣（市）主管機關（以下簡稱地方主管機關）執行本法所定事項權責劃分如下：

一、中央主管機關：

（一）訂定傳染病防治政策及計畫，包括預防接種、傳染病預防、流行疫情監視、通報、調查、檢驗、處理、檢疫、演習、分級動員、訓練及儲備防疫藥品、器材、防護裝備等措施。

（二）監督、指揮、輔導及考核地方主管機關執行傳染病防治工作有關事項。

（三）設立預防接種受害救濟基金等有關事項。

（四）執行國際及指定特殊港埠之檢疫事項。

（五）辦理傳染病防治有關之國際合作及交流事項。

（六）其他中央主管機關認有防疫必要之事項。

二、地方主管機關：

（一）依據中央主管機關訂定之傳染病防治政策、計畫及轄區特殊防疫需要，擬定執行計畫付諸實施，並報中央主管機關備查。

（二）執行轄區各項傳染病防治工作，包括預防接種、傳染病預防、流行疫情監視、通報、調查、檢驗、處理、演習、分級動員、訓練、防疫藥品、器材、防護裝備之儲備及居家隔離民眾之服務等事項。

（三）執行轄區及前款第四目以外港埠之檢疫事項。

（四）辦理中央主管機關指示或委辦事項。

（五）其他應由地方主管機關辦理事項。

地方主管機關辦理前項第二款事項，必要時，得報請中央主管機關支援。各級主管機關執行港埠之檢疫工作，得委託其他機關（構）或團體辦理之。

第 6 條 中央各目的事業主管機關應配合及協助辦理傳染病防治事項如下：

一、內政主管機關：入出國（境）管制、協助督導地方政府辦理居家隔離民眾之服務等事項。

二、外交主管機關：與相關外國政府及國際組織聯繫、持外國護照者之簽證等事項。

三、財政主管機關：國有財產之借用等事項。

四、教育主管機關：學生及教職員工之宣導教育及傳染病監控防治等事項。

五、法務主管機關：矯正機關收容人之傳染病監控防治等事項。

六、經濟主管機關：防護裝備供應、工業專用港之管制等事項。

七、交通主管機關：機場與商港管制、運輸工具之徵用等事項。

八、大陸事務主管機關：臺灣地區與大陸地區或香港、澳門之人員往來政策協調等事項。

九、環境保護主管機關：公共環境清潔、消毒及廢棄物清理等事項。

十、農業主管機關：人畜共通傳染病之防治、漁港之管制等事項。

十一、勞動主管機關：勞動安全衛生及工作權保障等事項。

十二、新聞及廣播電視主管機關：新聞處理與發布、政令宣導及廣播電視媒體指定播送等事項。

十三、海巡主管機關：防範海域、海岸、河口與非通商口岸傳染病媒介物之查緝走私及非法入出國等事項。

十四、其他有關機關：辦理傳染病防治必要之相關事項。

第 7 條 主管機關應實施各項調查及有效預防措施，以防止傳染病發生；傳染病已發生或流行時，應儘速控制，防止其蔓延。

- 第 8 條 傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除，由中央主管機關為之；第二類、第三類傳染病，得由地方主管機關為之，並應同時報請中央主管機關備查。
中央主管機關應適時發布國際流行疫情或相關警示。
- 第 9 條 利用傳播媒體發表傳染病流行疫情或中央流行疫情指揮中心成立期間防治措施之相關訊息，有錯誤、不實，致嚴重影響整體防疫利益或有影響之虞，經主管機關通知其更正者，應立即更正。
- 第 10 條 政府機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人之姓名、病歷及病史等有關資料者，不得洩漏。
- 第 11 條 對於傳染病病人、施予照顧之醫事人員、接受隔離治療者、居家檢疫者、集中檢疫者及其家屬之人格、合法權益，應予尊重及保障，不得予以歧視。
非經前項之人同意，不得對其錄音、錄影或攝影。
- 第 12 條 政府機關（構）、民間團體、事業或個人不得拒絕傳染病病人就學、工作、安養、居住或予其他不公平之待遇。但經主管機關基於傳染病防治需要限制者，不在此限。
- 第 13 條 感染傳染病病原體之人及疑似傳染病之病人，均視同傳染病病人，適用本法之規定。

第二章防治體系

- 第 14 條 中央主管機關得建立傳染病防治醫療網，將全國劃分為若干區，並指定醫療機構設傳染病隔離病房。經指定之醫療機構對於主管機關指示收治傳染病病人者，不得拒絕、規避或妨礙。
中央主管機關得指定區指揮官及副指揮官若干人，統籌指揮、協調及調度區內相關防疫醫療資源。
第一項指定之醫療機構，中央主管機關得酌予補助。
傳染病防治醫療網區之劃分方式、區指揮官與副指揮官之任務及權限、醫療機構之指定條件、期限、程序、補助內容及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
- 第 15 條 傳染病發生或有發生之虞時，主管機關得組機動防疫隊，巡迴辦理防治事宜。
- 第 16 條 地方主管機關於轄區發生流行疫情或有發生之虞時，應立即動員所屬各相關機關（構）及人員採行必要之措施，並迅速將結果彙報中央主管機關。前項情形，地方主管機關除應本諸權責採行適當之防治措施外，並應依中央主管機關之指示辦理。
前二項流行疫情之處理，地方主管機關認有統籌指揮、調集所屬相關機關（構）人員及設備，採行防治措施之必要時，得成立流行疫情指揮中心。中央主管機關於必要時，得邀集相關機關召開流行疫情處理協調會報，協調各級政府相關機關（構）人員及資源、設備，並監督及協助地方主管機關採行防治措施。
- 第 17 條 中央主管機關經考量國內、外流行疫情嚴重程度，認有統籌各種資源、設備及整合相關機關（構）人員之必要時，得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心，並指定人員擔任指揮官，統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業、後備軍人組織、民間團體執行防疫工作；必要時，得協調國軍支援。

中央流行疫情指揮中心之編組、訓練、協助事項及作業程序之實施辦法，由中央主管機關定之。

第 18 條 主管機關於國內、外發生重大傳染病流行疫情，或於生物病原攻擊事件時，得結合全民防衛動員準備體系，實施相關防疫措施。

第三章傳染病預防

第 19 條 各級政府機關（構）及學校平時應加強辦理有關防疫之教育及宣導，並得商請相關專業團體協助；主管機關及醫療機構應定期實施防疫訓練及演習。

第 20 條 主管機關及醫療機構應充分儲備各項防治傳染病之藥品、器材及防護裝備。前項防疫藥品、器材與防護裝備之儲備、調度、通報、屆效處理、查核及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 21 條 主管機關於必要時，得暫行封閉可能散布傳染病之水源。

第 22 條 各級政府機關應加強當地上、下水道之建設，改良公廁之設備與衛生，宣導私廁之清潔與衛生；必要時，得施行糞便等消毒或拆除有礙衛生之廁所及其相關設施。

第 23 條 國內發生流行疫情時，地方主管機關對於各種已經證實媒介傳染病之飲食物品、動物或動物屍體，於傳染病防治之必要下，應切實禁止從事飼養、宰殺、販賣、贈與、棄置，並予以撲殺、銷毀、掩埋、化製或其他必要之處置。

主管機關基於傳染病防治必要，對於有媒介傳染病之虞之動物，準用前項禁止、處置之規定。

為防治傳染病之必要，對發生重大人畜共通動物傳染病之動物，中央主管機關應商請中央農業主管機關依動物傳染病防治條例相關規定為必要之處置。

第 24 條 前條之飲食物品、動物或動物屍體，經依規定予以撲殺、銷毀、掩埋、化製或其他必要之處置時，除其媒介傳染病之原因係由於所有人、管理人之違法行為或所有人、管理人未立即配合處理者不予補償外，地方主管機關應評定其價格，酌給補償費。

前項補償之申請資格、程序、認定、補償方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 25 條 地方主管機關應督導撲滅蚊、蠅、蚤、蝨、鼠、蟑螂及其他病媒。

前項病媒孳生源之公、私場所，其所有人、管理人或使用人應依地方主管機關之通知或公告，主動清除之。

第 26 條 中央主管機關應訂定傳染病通報流程、流行疫情調查方式，並建立傳染病流行疫情監視、預警及防疫資源系統；其實施辦法，由中央主管機關定之。

第 27 條 中央主管機關為推動兒童及國民預防接種政策，應設置基金，辦理疫苗採購及預防接種工作。

前項基金之來源如下：

- 一、政府編列預算之補助。
- 二、公益彩券盈餘、菸品健康福利捐。
- 三、捐贈收入。
- 四、本基金之孳息收入。
- 五、其他有關收入。

前項第三款之任何形式捐贈收入，不得使用於指定疫苗之採購。

疫苗基金運用於新增疫苗採購時，應依據中央主管機關傳染病防治諮詢會建議之項目，依成本效益排列優先次序，並於次年開始編列經費採購。其相關會議應錄音，並公開其會議詳細紀錄。成員應揭露以下之資訊：

- 一、本人接受非政府補助之研究計畫及金額。
- 二、本人所屬團體接受非政府補助之疫苗相關研究計畫及金額。
- 三、所擔任與疫苗相關之事業機構或財團法人董、監事或顧問職務。兒童之法定代理人，應使兒童按期接受常規預防接種，並於兒童入學時提出該紀錄。

國民小學及學前教（托）育機構對於未接種之新生，應輔導其補行接種。

第 28 條 主管機關規定之各項預防接種業務及因應疫情防治實施之特定疫苗接種措施，得由受過訓練且經認可之護理人員施行之，不受醫師法第二十八條規定之限制。

前項預防接種施行之條件、限制與前條預防接種紀錄檢查、補行接種及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 29 條 醫療機構應配合中央主管機關訂定之預防接種政策。

醫療機構對於主管機關進行之輔導及查核，不得拒絕、規避或妨礙。

第 30 條 因預防接種而受害者，得請求救濟補償。

前項請求權，自請求權人知有受害情事日起，因二年間不行使而消滅；自受害發生日起，逾五年者亦同。

中央主管機關應於疫苗檢驗合格封緘時，徵收一定金額充作預防接種受害救濟基金。

前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 31 條 醫療機構人員於病人就診時，應詢問其病史、就醫紀錄、接觸史、旅遊史及其他與傳染病有關之事項；病人或其家屬，應據實陳述。

第 32 條 醫療機構應依主管機關之規定，執行感染管制工作，並應防範機構內發生感染；對於主管機關進行之輔導及查核，不得拒絕、規避或妨礙。

醫療機構執行感染管制之措施、主管機關之查核基準及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 33 條 安養機構、養護機構、長期照顧機構、安置（教養）機構、矯正機關及其他類似場所，對於接受安養、養護、收容或矯正之人，應善盡健康管理及照護之責任。

前項機關（構）及場所應依主管機關之規定，執行感染管制工作，防範機關（構）或場所內發生感染；對於主管機關進行之輔導及查核，不得拒絕、規避或妨礙。

第一項機關（構）及場所執行感染管制之措施、受查核機關（構）及場所、主管機關之查核基準及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 34 條 中央主管機關對持有、使用感染性生物材料者，應依危險程度之高低，建立分級管理制度。

持有、使用感染性生物材料者，輸出入感染性生物材料，非經中央主管機關核准，不得為之。

第一項感染性生物材料之範圍、持有、使用者之資格條件、實驗室生物安全管理方式、陳報主管機關事項與前項輸出入之申請程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第四章防疫措施

- 第 35 條 地方主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，對轄區一定地域之農漁、畜牧、游泳或飲用水，得予以限制、禁止或為其他適當之措施；必要時，並得請求中央各目的事業主管機關協助。
- 第 36 條 民眾於傳染病發生或有發生之虞時，應配合接受主管機關之檢查、治療、預防接種或其他防疫、檢疫措施。
- 第 37 條 地方主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，應視實際需要，會同有關機關（構），採行下列措施：
- 一、管制上課、集會、宴會或其他團體活動。
 - 二、管制特定場所之出入及容納人數。
 - 三、管制特定區域之交通。
 - 四、撤離特定場所或區域之人員。
 - 五、限制或禁止傳染病或疑似傳染病病人搭乘大眾運輸工具或出入特定場所。
 - 六、其他經各級政府機關公告之防疫措施。
- 各機關（構）、團體、事業及人員對於前項措施，不得拒絕、規避或妨礙。第一項地方主管機關應採行之措施，於中央流行疫情指揮中心成立期間，應依指揮官之指示辦理。
- 第 38 條 傳染病發生時，有進入公、私場所或運輸工具從事防疫工作之必要者，應由地方主管機關人員會同警察等有關機關人員為之，並事先通知公、私場所或運輸工具之所有人、管理人或使用人到場；其到場者，對於防疫工作，不得拒絕、規避或妨礙；未到場者，相關人員得逕行進入從事防疫工作；必要時，並得要求村（里）長或鄰長在場。前項經通知且親自到場之人員，其所屬機關（構）、學校、團體、公司、廠場，應依主管機關之指示給予公假。
- 第 39 條 醫師診治病人或醫師、法醫師檢驗、解剖屍體，發現傳染病或疑似傳染病時，應立即採行必要之感染控制措施，並報告當地主管機關。前項病例之報告，第一類、第二類傳染病，應於二十四小時內完成；第三類傳染病應於一週內完成，必要時，中央主管機關得調整之；第四類、第五類傳染病之報告，依中央主管機關公告之期限及規定方式為之。醫師對外說明相關個案病情時，應先向當地主管機關報告並獲證實，始得為之。醫事機構、醫師、法醫師及相關機關（構）應依主管機關之要求，提供傳染病病人或疑似疫苗接種後產生不良反應個案之就醫紀錄、病歷、相關檢驗結果、治療情形及解剖鑑定報告等資料，不得拒絕、規避或妨礙。中央主管機關為控制流行疫情，得公布因傳染病或疫苗接種死亡之資料，不受偵查不公開之限制。第一項及前項報告或提供之資料不全者，主管機關得限期令其補正。
- 第 40 條 醫師以外醫事人員執行業務，發現傳染病或疑似傳染病病人或其屍體時，應即報告醫師或依前條第二項規定報告當地主管機關。醫事機構應指定專責人員負責督促所屬醫事人員，依前項或前條規定辦理。
- 第 41 條 村（里）長、鄰長、村（里）幹事、警察或消防人員發現疑似傳染病病人或其屍體時，應於二十四小時內通知當地主管機關。
- 第 42 條 下列人員發現疑似傳染病病人或其屍體，未經醫師診斷或檢驗者，應於二

十四小時內通知當地主管機關：

- 一、病人或死者之親屬或同居人。
- 二、旅館或店鋪之負責人。
- 三、運輸工具之所有人、管理人或駕駛人。
- 四、機關、學校、學前教（托）育機構、事業、工廠、礦場、寺院、教堂、殯葬服務業或其他公共場所之負責人或管理人。
- 五、安養機構、養護機構、長期照顧機構、安置（教養）機構、矯正機關及其他類似場所之負責人或管理人。
- 六、旅行業代表人、導遊或領隊人員。

第 43 條 地方主管機關接獲傳染病或疑似傳染病之報告或通知時，應迅速檢驗診斷，調查傳染病來源或採行其他必要之措施，並報告中央主管機關。傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙。

第 44 條 主管機關對於傳染病病人之處置措施如下：
一、第一類傳染病病人，應於指定隔離治療機構施行隔離治療。
二、第二類、第三類傳染病病人，必要時，得於指定隔離治療機構施行隔離治療。
三、第四類、第五類傳染病病人，依中央主管機關公告之防治措施處置。主管機關對傳染病病人施行隔離治療時，應於強制隔離治療之次日起三日內作成隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。第一項各款傳染病病人經主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。

第 45 條 傳染病病人經主管機關通知於指定隔離治療機構施行隔離治療時，應依指示於隔離病房內接受治療，不得任意離開；如有不服指示情形，醫療機構應報請地方主管機關通知警察機關協助處理。主管機關對於前項受隔離治療者，應提供必要之治療並隨時評估；經治療、評估結果，認為無繼續隔離治療必要時，應即解除其隔離治療之處置，並自解除之次日起三日內作成解除隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。地方主管機關於前項隔離治療期間超過三十日者，應至遲每隔三十日另請二位以上專科醫師重新鑑定有無繼續隔離治療之必要。

第 46 條 傳染病檢體之採檢、檢驗與報告、確定及消毒，應採行下列方式：
一、採檢：傳染病檢體，由醫師採檢為原則；接觸者檢體，由醫師或其他醫事人員採檢；環境等檢體，由醫事人員或經採檢相關訓練之人員採檢。採檢之實施，醫事機構負責人應負督導之責；病人及有關人員不得拒絕、規避或妨礙。
二、檢驗與報告：第一類及第五類傳染病之相關檢體，應送中央主管機關或其指定之具實驗室能力試驗證明之地方主管機關、醫事機構、學術或研究機構檢驗；其他傳染病之檢體，得由中央主管機關委託或認可之衛生、醫事機構、學術或研究機構檢驗。檢驗結果，應報告地方及中央主管機關。
三、確定：傳染病檢驗結果，由中央主管機關或其指定、委託、認可之檢驗單位確定之。
四、消毒：傳染病檢體，醫事機構應予實施消毒或銷毀；病人及有關人員不得拒絕、規避或妨礙。

前項第一款病人檢體之採檢項目、採檢時間、送驗方式及第二款檢驗指定、委託、認可機構之資格、期限、申請、審核之程序、檢體及其檢出病原體之保存及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 47 條 依前條取得之檢體，得基於防疫之需要，進行處理及研究。

第 48 條 主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。

中央主管機關得就傳染病之危險群及特定對象實施防疫措施；其實施對象、範圍及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 49 條 傳染病病人移居他處或死亡時，其原居留之病房或住（居）所內外，應由醫事機構或該管主管機關視實際情況，施行必要之消毒或其他適當之處置。

第 50 條 醫事機構或當地主管機關對於因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，應施行消毒或其他必要之處置；死者家屬及殯葬服務業不得拒絕、規避或妨礙。前項之屍體，中央主管機關認為非實施病理解剖不足以瞭解傳染病病因或控制流行疫情者，得施行病理解剖檢驗；死者家屬不得拒絕。

疑因預防接種致死之屍體，中央主管機關認為非實施病理解剖不足以瞭解死因，致有影響整體防疫利益者，得施行病理解剖檢驗。

死者家屬對於經確認染患第一類傳染病之屍體應於二十四小時內、染患第五類傳染病之屍體應於中央主管機關公告之期限內入殮並火化；其他傳染病致死之屍體，有特殊原因未能火化時，應報請地方主管機關核准後，依規定深埋。

第二項施行病理解剖檢驗者，由中央主管機關訂定補助標準，補助其喪葬費用。

第 51 條 中央主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，得緊急專案採購藥品、器材，惟應於半年內補齊相關文件並完成檢驗。

無法辦理前項作業程序，又無其它藥品可替代者，中央主管機關得例外開放之，並向民眾說明相關風險。

第 52 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，優先使用傳播媒體與通訊設備，報導流行疫情及緊急應變相關資訊。

第 53 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，指揮官基於防疫之必要，得指示中央主管機關彈性調整第三十九條、第四十四條及第五十條之處置措施。

前項期間，各級政府機關得依指揮官之指示，指定或徵用公、私立醫療機構或公共場所，設立檢疫或隔離場所，並得徵調相關人員協助防治工作；必要時，得協調國防部指定國軍醫院支援。對於因指定、徵用、徵調或接受隔離檢疫者所受之損失，給予相當之補償。

前項指定、徵用、徵調、接受隔離檢疫之作業程序、補償方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 54 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，徵用或調用民間土地、工作物、建築物、防疫器具、設備、藥品、醫療器材、污染處理設施、運輸工具及其他經中央主管機關公告指定之防疫物資，並給予適當之補償。

前項徵用、徵調作業程序、補償方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 55 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關依指揮官之指示，對於事

業徵用及配銷防疫物資之行為，得不受公平交易法第十四條、商品標示法有關商品標示文字、標示方法及標示事項等規定之限制；各該事業受各級政府機關委託，依政府機關規定價格代售徵用或配銷之防疫物資，其出售收入全數交該委託機關解繳公庫者，免課徵營業稅。

第 56 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，借用公有財產，不受國有財產法第四十條及地方公產管理法規有關規定之限制。

各級政府機關依前項規定借用公有財產時，管理機關不得拒絕；必要時，於徵得管理機關同意後，先行使用，再辦理借用手續。

第 57 條 地方流行疫情指揮中心成立期間，地方主管機關於報請中央主管機關同意後，得準用第五十三條至前條之規定。

第五章 檢疫措施

第 58 條 主管機關對入、出國（境）之人員，得施行下列檢疫或措施，並得徵收費用：

一、對前往疫區之人員提供檢疫資訊、防疫藥物、預防接種或提出警示等措施。

二、命依中央主管機關規定詳實申報傳染病書表，並視需要提出健康證明或其他有關證件。

三、施行健康評估或其他檢疫措施。

四、對自感染區入境、接觸或疑似接觸之人員、傳染病或疑似傳染病人，採行居家檢疫、集中檢疫、隔離治療或其他必要措施。

五、對未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病人，通知入出國管理機關，限制其出國（境）。

六、商請相關機關停止發給特定國家或地區人員之入國（境）許可或提供其他協助。

前項第五款人員，已無傳染他人之虞，主管機關應立即通知入出國管理機關廢止其出國（境）之限制。

入、出國（境）之人員，對主管機關施行第一項檢疫或措施，不得拒絕、規避或妨礙。

第 59 條 主管機關為防止傳染病傳入、出國（境），得商請相關機關採行下列措施：

一、對入、出國（境）之人員、運輸工具及其所載物品，採行必要防疫、檢疫措施，並得徵收費用。

二、依防疫需要，請運輸工具所有人、管理人、駕駛人或代理人，提供主管機關指定之相關文件，且不得拒絕、規避或妨礙，並應保持運輸工具之衛生。

對於前項及前條第一項規定之相關防疫、檢疫措施與所需之場地及設施，相關主管機關應配合提供或辦理。

第一項及前條第一項檢疫方式、程序、管制措施、處置及其他應遵行事項等規則；其費用徵收之對象、金額、繳納方式、期間及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 60 條 主管機關對於入、出國（境）之運輸工具及其所載物品，有傳染病發生或有發生之虞者，應採行下列措施：

一、對運輸工具採行必要管制及防疫措施，所受損失並不予補償。

二、對輸入或旅客攜帶入國（境）之物品，令輸入者、旅客退運或銷毀，並不予補償；對輸出或旅客隨身攜帶出國（境）之物品，準用第二十

三條及第二十四條規定處置。

主管機關對於違反中央主管機關所定有關申報、接受檢疫或輸入之物品，得不經檢疫，逕令其退運或銷毀，並不予補償。

第六章 罰則

第 61 條 中央流行疫情指揮中心成立期間，對主管機關已開始徵用之防疫物資，有囤積居奇或哄抬物價之行為且情節重大者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

第 62 條 明知自己罹患第一類傳染病、第五類傳染病或第二類多重抗藥性傳染病，不遵行各級主管機關指示，致傳染於人者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五十萬元以下罰金。

第 63 條 散布有關傳染病流行疫情之謠言或傳播不實之流行疫情消息，足以生損害於公眾或他人者，科新臺幣五十萬元以下罰金。

第 64 條 有下列情事之一者，處新臺幣九萬元以上四十五萬元以下罰鍰：
一、醫師違反第九條或第三十九條規定。
二、法醫師違反第三十九條規定。
三、醫師以外人員違反第九條或第四十條第一項規定。
四、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病人有關資料之人違反第十條規定。
五、違反第三十四條第二項規定。

第 65 條 醫事機構有下列情事之一者，處新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰鍰：
一、所屬醫師或其他人員，經依前條各款規定之一處罰者，得併處之。
二、拒絕、規避或妨礙主管機關依第十四條第一項規定指示收治傳染病病人。
三、違反第二十九條第一項、第三十九條第四項、第五項規定。

第 66 條 學術或研究機構所屬人員違反第九條規定，經依第六十四條第三款規定處罰者，併罰該機構新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰鍰。

第 67 條 有下列情事之一者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰：
一、違反第二十條第二項規定之儲備、調度、屆效處理或拒絕主管機關查核、第三十條第四項之繳交期限、地方主管機關依第三十五條規定所為之限制、禁止或處理。
二、拒絕、規避或妨礙主管機關依第二十九條第二項、第三十二條第一項所為之輔導及查核或第三十七條第一項第一款至第五款所採行之措施。
三、違反第三十八條第一項、第四十三條第二項、第五十條第四項規定或違反主管機關依第四十四條第一項、第四十五條第一項規定所為之處置。
四、違反主管機關依第四十八條第一項規定所為之留驗、檢查、預防接種、投藥或其他必要處置之命令。
五、拒絕、規避或妨礙各級政府機關依第五十二條、第五十三條第二項或第五十四條第一項所為之優先使用、徵調、徵用或調用。
醫療機構違反第三十二條第一項規定，未依主管機關之規定執行，或違反中央主管機關依第三十二條第二項所定辦法中有關執行感染管制措施之規定者，主管機關得令限期改善，並得視情節之輕重，為下列處分：

- 一、處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。
- 二、停止全部或部分業務至改善為止。

第 68 條 違反主管機關依第二十三條規定所為禁止或處置之規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰；其情節重大者，並得予以一年以下停業之處分。

第 69 條 有下列情事之一者，處新臺幣一萬元以上十五萬元以下罰鍰；必要時，並得限期令其改善，屆期未改善者，按次處罰之：

- 一、違反第十一條、第十二條、第三十一條、第五十八條第三項、第五十九條第一項或中央主管機關依第三十四條第三項授權所定辦法有關持有、使用感染性生物材料、實驗室生物安全管理及陳報主管機關之規定。

二、拒絕、規避或妨礙主管機關依第三十三條第二項所為之輔導或查核。

三、未依第四十二條規定通知。

四、違反主管機關依第六十條規定所為之限制或禁止命令。

五、違反第四十六條第一項第一款、第二款、第四款、第四十九條、第五十條第一項規定，未配合採檢、檢驗、報告、消毒或處置。

違反第三十三條第二項規定，未依主管機關之規定執行，或違反中央主管機關依第三十三條第三項所定辦法中有關執行感染管制措施之規定者，主管機關得令限期改善，並得視情節之輕重，為下列處分：

一、處新臺幣一萬元以上十五萬元以下罰鍰。

二、停止全部或部分業務至改善為止。

第 70 條 有下列情事之一者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰；必要時，並得限期令其改善，屆期未改善者，按次處罰之：

一、違反第二十五條第二項規定。

二、拒絕、規避或妨礙主管機關依第三十六條規定所定檢查、治療或其他防疫、檢疫措施。

三、拒絕、規避或妨礙各級政府機關依第三十七條第一項第六款規定所定之防疫措施。

四、違反第四十六條第二項檢體及其檢出病原體之保存規定者。

有前項第一款情形，屆期仍未完成改善情節重大者，必要時，得命其停工或停業。

第 71 條 本法所定之罰鍰、停業，除違反第三十四條規定者，由中央主管機關處罰外，由地方主管機關處罰之。但有下列情事之一者，中央主管機關得處罰之：

一、違反第九條、第五十八條至第六十條規定者。

二、於中央流行疫情指揮中心成立期間，違反本法規定。

第七章附則

第 72 條 地方政府防治傳染病經費，應列入預算；必要時，中央主管機關得酌予補助。

第 73 條 執行本法防治工作著有績效之人員、醫事機構及其他相關團體，應予獎勵；其獎勵辦法，由中央主管機關定之。

第 74 條 因執行本法第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，主管機關得酌予補助各項給付或其子女教育費用等；其給付項目、基準、申請條件、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
前項費用，由主管機關編列預算支應之。

附件 1、傳染病防治法

第 75 條 本法所定地方主管機關應辦理事項，地方主管機關未予辦理者，中央主管機關得命其於一定期限內辦理之；屆期仍未辦理者，中央主管機關得代為執行之。但情況急迫時，得逕予代為執行。

第 76 條 本法施行細則，由中央主管機關定之。

第 77 條 本法自公布日施行。

附件 2、醫療機構執行感染管制措施及查核辦法

中華民國九十三年十一月三日行政院衛生署署授疾字第 0930000991 號令訂定發布全文九條

中華民國九十七年一月二十二日行政院衛生署署授疾字第 0970000062 號令修正發布名稱及全文十七條
(原名稱：醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法)

中華民國一百零三年一月九日衛生福利部部授疾字第 1020103959 號令修正發布名稱及全文 20 條；並自發布日施行(原名稱：醫療機構執行感染控制措施查核辦法)

中華民國一百零五年七月十九日衛生福利部部授疾字第 1050100841 號令修正發布名稱及第 2~6、9、16 條條文(原名稱：醫療機構執行感染控制措施及查核辦法)

中華民國一百零六年二月十六日衛生福利部衛授疾字第 1060100118 號令修正發布第 17 條條文

- 第 1 條 本辦法依傳染病防治法(以下簡稱本法)第三十二條第二項規定訂定之。
- 第 2 條 醫療機構應執行之感染管制措施如下：
一、依醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構：依本辦法所定之措施為之。
二、其他醫療機構：依第八條至第十四條所定之措施為之。
- 第 3 條 醫療機構應設立感染管制會(以下簡稱感管會)，由醫療機構主管或副主管擔任召集人，負責機構內感染管制政策擬定及督導事宜，定期召開相關會議並留有紀錄備查。
- 第 4 條 醫療機構應設立感染管制業務專責單位，設置固定辦公空間，明定組織圖與職責分工，並置有依醫療機構設置標準所定之感染管制人員，負責推行感染管制相關事務，定期召開相關會議並留有紀錄備查。
- 第 5 條 醫療機構應建置疑似醫療照護相關感染個案、群聚或群突發事件之監測、處理機制，將監測資料製作相關年報與月報留存及提報感管會，並依主管機關之規定通報。
前項處理機制，應包括院內群突發事件發生之標準作業流程及因應異常狀況之作業規範，並應定期演習訓練之。
醫療機構於發生感染群聚或群突發事件時，應作成調查處理報告，向感控會說明改善計畫及建檔，追蹤至事件結束。必要時，得請求主管機關協助。
- 第 6 條 醫療機構對抗生素使用之監測、審查、稽核及藥敏試驗等事項，應建立管理機制，由接受感染症醫學訓練之專科醫師或感染管制專責醫師負責，並派藥師、醫事檢驗師或其他醫師協助。
抗生素使用及抗藥性細菌比率之情形，應定期向感管會報告，並依主管機關之規定通報；對於未合理使用抗生素及抗藥性比率異常之情形，應研擬改善計畫，追蹤執行成效，並定期向感管會報告。
- 第 7 條 醫療機構應依主管機關規定，並參考相關指引及實證研究等文件，對於特定抗藥性細菌訂定感染管制標準作業程序及防護措施，並視需要定期更新。
對於可能感染特定抗藥性細菌等高風險病人就醫住院時，應強化監測工作，落實執行前項標準作業程序與措施；在兼顧病人隱私之情形下，於其病歷、病床周遭建立標示，提醒醫療照護工作人員採取適當之防護措施。
- 第 8 條 醫療機構應訂定洗手標準作業程序，並有充足且適當之洗手設備與管控及查核機制。門診、急診、檢驗或其他檢查部門、一般病房、隔離病房或特殊單位等之相關設備，均應符合中央主管機關之規定。
- 第 9 條 醫療機構應訂定醫療相關感染管制標準作業程序，確實執行並視需要定期

- 更新。
- 第 10 條 醫療機構對於照護環境設施、衛材、器械、儀器面板等，應定期清潔並確實消毒。
- 第 11 條 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
- 第 12 條 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。
醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。
- 第 13 條 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。
前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。
- 第 14 條 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。
- 第 15 條 醫療機構應訂定防範感染相關防護裝備之物資管理計畫。
前項防護裝備之物資，應儲備適當之安全存量。
- 第 16 條 主管機關查核醫療機構執行感染管制措施之範圍如下：
一、感染管制組織架構及人力配置。
二、醫療照護相關感染預防、監測、通報、調查及處理機制。
三、抗生素抗藥性管制措施。
四、配合主管機關對傳染病進行預防、監測、通報、調查、演習及處理措施。
五、員工保護措施。
六、提供安全、乾淨、合宜之照護環境。
七、醫院感染管制及傳染病教育訓練。
前項查核範圍之細項及評分基準，由中央主管機關公告之。
前項查核發現有缺失時，主管機關應令其限期改善；屆期未改善者，應依本法相關規定處罰。
- 第 17 條 地方主管機關應定期查核轄區內醫療機構執行感染管制措施之作業情形；必要時，中央主管機關得派員協助或進行查核。
前項地方主管機關查核，至少每二年辦理一次；必要時，得增減之。
- 第 18 條 主管機關實施前條查核時，得邀請相關機關代表或專家學者參加。
- 第 19 條 主管機關實施查核時，查核人員應主動出示足資證明身分之證件，並將查核事由及種類，以書面告知查核對象。
- 第 20 條 本辦法自發布日施行。

附件 3、107 年度醫院感染管制查核作業查核基準及評分說明

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
	1	落實執行感染管制措施		
33	1.1	成立 <u>感染管制會</u> ，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有<u>感染管制會</u>(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置中醫、牙科部門亦須納入。 <u>感管會</u>負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每 3 個月召開一次會議並有會議紀錄備查；會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行。 醫院需訂有感染管制年度工作計畫 (program) 及執行情形，包括前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形與相關因應策略，應提交<u>感管會報告</u>，監督執行情形。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 委員會成員中有 1 位曾接受流行病訓練者。 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>感管會</u>組織組織章程及成員資料。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明中有關「<u>感染管制會</u>」之名稱，醫院可以用不同名稱呈現，實地查核時不須拘泥於單位名稱，查核重點為確認該<u>感管會</u>實際有定期開會討論感染管制相關議題，並追蹤院內各單位落實執行會議決議事項。 評分說明符合項目 1 醫院應依據規模及業務屬性，將相關部門納入委員會成員；若醫院未設有項目中所列部門或任務編組，則其<u>感管會</u>成員當可不含該類部門代表。 鑒於醫院規模及組織架構不同，其<u>感管會</u>之設置亦有不同，醫院如有下述情況均可認定： <ol style="list-style-type: none"> 若受評醫院為相關體系醫院，其<u>感管會</u>組織得以體系規劃，共同召開會議，惟會議紀錄或追蹤辦理情形仍須呈現各院區執行情況，並有各院區院長批示等方式確認各院區院長知悉。 若受查醫院規模較小，該院感染管制相關議題亦可提至院務會議討論，惟至少每 3 個月需做一次報告及討論，並有紀錄備查；此狀況之受查醫院如多次院務會議未有感染管制相關議題或前次會議決議執行追蹤，於查核時應視院方實際執行狀況，予以建議改善。 評分說明優良項目 1「委員會有 1 位成員曾接受

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<ol style="list-style-type: none"> 2. 感管會會議紀錄。(符合/優良) 3. 感染管制年度工作計畫 (program) 及執行情形 (符合) 4. 前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形。(符合) 5. 流行病學訓練相關證明。(優良) 6. 增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良) 	<p>流行病學訓練者」，係指感管會成員有國內外公私私立大專院校之公衛科系所或有參加國內外學術機構、相關學(協)會規劃之流行病學研習會或訓練課程，領有結業證書均可認列，查核時不限定證書取得年份。</p> <p>5. 評分說明優良項目 2「依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率」係指醫院有針對院內突發感染相關事件進行開會討論並有紀錄，前述會議未限定須為「<u>感染管制會</u>」所召開之會議，若至病房或其他相關單位討論或感染管制小組所召開之會議亦可認列。</p>
34	1.2	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：每 500 床應有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上；專責感染管制醫檢人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所指之「感染管制部門」一詞，鑒於各家醫院辦理感染管制業務單位名稱不盡相同，實地查核時不須拘泥於單位名稱，查核重點為確認該單位具推動/管理感染管制相關業務之功能。另本項所提「…在經費、人力及空間都能有實質的支援」之「空間」，係指能提供獨立辦公及會議空間。 2. 一般醫院評分說明符合項目 3「上述人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上」及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 3「負責感染管制業務人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上」之「感染管制訓練學分」採從寬認定，含括衛生福利部委託辦理醫師繼續教育課程積分審查認定及積分採認之醫學團體所認定之感染管制課程積

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. 上述人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：每 300 床聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師 1 人以上；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上；專任感染管制醫檢人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：有接受感染症醫學訓練之專科醫師 1 人以上；每 250 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上；專責感染管制醫檢人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；有專任感染管制護理人員 1 人以上。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感管人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計。 2. 名詞定義： <ol style="list-style-type: none"> (1) 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指 	<p>分，或由感染管制相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感染管制相關議題，經學分認定後，均可認計，惟數位學習時數不予認列於感染管制訓練 20 學分內。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 有關負責感染管制業務醫師人力評量方式： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總病床數未滿 300 床醫院，若指派 1 位專任醫師負責感管業務推行，且該名醫師前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上，則符合一般醫院評分說明及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 2-(3)之醫師人力要求。 (2) 總病床數未滿 500 床醫院，除了由 1 名訓練學分達基準要求之專任醫師負責感管業務外，必須另外增聘接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師，且每週支援時數達 4 小時以上（不含門診看診時數），協助感染管制業務推行，才符合一般醫院評分說明符合項目 2-(2)、優良項目 2-(3) 及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 2-(1)、優良項目 2-(2)之醫師人力要求。 4. 醫師人力核算期間為查核前一年度，如遇人力異動，人力缺額期間不得超過 4 個月。其人力待聘期間仍需指定醫師代理業務。專、兼任醫師人力均以前述原則核算。 5. 感染管制人員人力核算期間為查核前一年度，如遇人力異動，人力缺額期間不得超過 4 個月。其人力待聘期間仍需指定感染管制人員代理業務。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務。</p> <p>(2) 接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。</p> <p>(3) 專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。</p> <p>(4) 專任感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師（生），全職辦理感管相關業務。</p> <p>(5) 專責感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師（生），平時除本職業務外，協助推行感管相關業務。</p> <p>3. 專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院。（設標）</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門工作職責及組織圖之定位。（符合） 2. 感染症專科醫師證書及學分證明。（符合/優良） 3. 感染管制師（護理師、醫檢師）證書及學分證 	<p>6. 本項基準所提「接受感染症醫學訓練之專科醫師」以持有台灣感染症醫學會授予之「感染症專科醫師證書」認定；「感染管制護理人員」及「感染管制醫檢人員」以持有台灣感染管制學會授予之「感染管制師證書」認定。</p> <p>7. 有關本項基準所提之專任感染管制護理人員及專科醫師人力計算，依評分說明所述按開放總病床數核算，超過基準值 1 床則需增加人力 1 名：開放總病床數為 300 床醫院，需 1 名專任感染管制護理人員，301 床醫院則需專任感染管制護理人員 2 名；醫院規模 501 床則需聘 2 名感染症專科醫師。</p> <p>8. 有關兼任人力之相關說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫院聘任兼任感染症專科醫師每週支援總時數應達 4 小時以上（支援人力不限 1 人；支援總時數不含門診看診時數），並實際從事感染管制工作，且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。 (2) 醫院若有聘任兼任感染管制護理師每週支援指導感管工作時數，100 床以上應達 8 小時以上，未滿 100 床者應達 4 小時以上，且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。 (3) 兼任人力之前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>9. 依據醫療機構設置標準附表一備註，「專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>明。(符合/優良)</p> <p>4. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：應有專責醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 3. 負責感染管制業務人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： 	<p>綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院」，因此經衛生福利部評核設有兒童醫院者（107 年計有彰化基督教醫院、中國醫藥大學附設醫院），應先確認職登於總院及兒童醫院的感染管制人力皆符合醫療機構設置標準規範後，本項基準得依既有綜合醫院加上兒童醫院總床數合併計算進行評量。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>(1) 總床數 500 床以上：聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。</p> <p>(2) 總床數 300 床以上 499 床以下：聘有 1 名以上接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師協同專責醫師推動感染管制業務；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。</p> <p>(3) 總床數 299 床以下：聘有專任感染管制護理人員。</p> <p>[註]</p> <p>1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感管人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計。</p> <p>2. 名詞定義：</p> <p>(1) 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務。</p> <p>(2) 接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。</p> <p>(3) 專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合) 2. 感染症專科醫師證書及學分證明。(符合/優良) 3. 感染管制師（護理師、醫檢師）證書及學分證明。(符合/優良) 4. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合/優良) 	
39	1.3	<p>制訂及更新感染管制手冊，並辦理員工教育訓練，傳染病疫情，確實傳達及執行</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境、兒童遊戲區域等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位，且清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育及職前教育訓練時數和時程表。因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關各院制訂之感染管制手冊、院內感染相關作業所使用名稱，不限定使用「院內感染（Nosocomial Infection）」或「醫療照護相關感染（Healthcare-associated Infection, HAI）」，查核時不以詞彙之使用評斷內容更新情形。 2. 有關評分說明符合項目 1 所指之手冊感染管制措施項目與執行情形稽核方式說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 侵入性醫療處置組合式照護： <ol style="list-style-type: none"> a. 醫院可依據其提供之服務特性，經風險評估後，對院內高風險單位逐步導入組合式感染管制措施（bundle intervention）。惟有使用中心導管之醫院必須推動中心導管組合式照護，始達成本項要求。 b. 院內若於加護病房、一般病房或其他醫療單位中，對任一單位執行中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器任一侵入性醫療裝置的使用，訂有執行計畫，或醫院已列入執行單位之常規作業，均應有遵從性評估、執行成果

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。</p> <p>2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。</p> <p>3. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。</p> <p>[註] 科學根據定義如：疾病管制署指引 (CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 感染管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合)</p> <p>2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合)</p> <p>3. 年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合)</p> <p>4. 感染管制手冊(含牙醫及中醫感管作業程序)。(符合/優良)</p> <p>5. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良)</p> <p>6. 員工教育訓練測驗機制與評量紀錄。(優良)</p>	<p>分析或於感管會等會議討論之紀錄。</p> <p>c. 實地查核時確認院內執行單位有使用中央靜脈導管或存留導尿管或呼吸器侵入性醫療裝置之病人，訂有使用組合式感染管制措施 (bundle intervention) 之標準作業流程且有 CHECK LIST 資料存留；CHECK LIST 的呈現方式可為單獨表單，或於病歷、護理紀錄等資料中呈現。</p> <p>(2) 陪病及探病：應有完整的陪病及探病管理作業程序 (SOP)。</p> <p>(3) 院內用餐、購物環境：</p> <p>a. 醫院若設有販賣部、商店街、用餐區，應符合疾病管制署「醫療(事)機構商店街感染控制措施指引」相關規定，訂定內部感染管制規範，且應包含環境清潔及人員管理等規範，如：醫院員工進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入…等)；病人進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著病人服、推點滴架或有其他輸液或導管者之出入…等)；用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法等。</p> <p>b. 實際執行情形可請院方提供相關管理部門針對販賣部(商店街)之稽核紀錄佐證。</p> <p>(4) 兒童遊戲區域：</p> <p>a. 兒童遊戲區域可為開放性或密閉性之獨立空間，凡院區內設置有兒童遊戲設備，且兒</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位，工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育與職前教育訓練時數和時程表，以及因應國內外重要疫情或新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。 3. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育 	<p>童遊戲設備可供輪流使用的區域皆屬之。</p> <ol style="list-style-type: none"> b. 兒童遊戲區域及其遊戲設備應有專責人員管理，並訂有合宜的感染管制規範，且適時因應特殊疫情及時修訂（如：因應院內發生之疫情或社區如腸病毒流行季節等情形，訂有管制時機及相關機制，避免交互感染）。 c. 前述感染管制規範應包括：地板及牆面應採用防撞、平滑、且可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑（如漂白水等）消毒之材質；所有玩具應採可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑（如漂白水等）消毒的材質；每天應至少一次以能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑（如漂白水等）確實消毒，並留有紀錄（至少包括日期與執行者簽名）。 d. 若發現醫院設有兒童遊戲區域，但院方表明已關閉，應請院方提供相關佐證資料（如：公文或感染管制會議紀錄等）。 e. 實際執行情形可請院方提供日常清潔紀錄及相關管理部門之稽核紀錄佐證。 <p>3. 有關評分說明符合項目 3</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 在職教育訓練對象為醫院全體員工（含外包人員），每人每年至少應有 3 小時感染管制及傳染病教育訓練課程，且達成率$\geq 80\%$。 (2) 職前教育訓練醫院對象為 106 年到職之新進員工（含外包人員），到職半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病教育訓練；查核時若有新進員工到職已屆滿半年，則未完成感染管制

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。</p> <p>[註] 科學根據定義如：疾病管制署指引 (CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報 (the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制查核督導紀錄。(符合) 2. 感染管制手冊。(符合/優良) 3. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良) 	<p>教育訓練者，視為不符合；若到職尚未滿半年且受訓時數未達 6 小時者，不視為不符合。外包人員之新進人員判定是以簽約日期或實際於醫院工作期間，可由醫院衡酌認定。</p> <ol style="list-style-type: none"> (3) 教育訓練時數可認計線上數位學習時數，惟新進員工實體課程至少 2 小時，醫院全體員工（含外包工作人員）實體課程至少 1 小時。 (4) 兼任醫事人員（包含醫師、感染管制師等）之感染管制教育訓練時數，回歸其執業登記醫院計算。 (5) 「因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫」，係指於 106 年針對如新型 A 型流感、伊波拉病毒感染及中東呼吸症候群冠狀病毒感染症等新興傳染病辦理教育訓練課程時數至少達 1 小時。 <p>4. 有關評分說明優良項目 1 「定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊」，本項查核時需確認醫院是否有定期修訂「感染管制手冊」，如於實地查核時可依據手冊的版本、內容與實際狀況作判斷，以確認是否定期更新：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 建議醫院應有至少 3 年更新之機制，針對手冊進行整體之審視與修訂。 (2) 因應感染管制發展（如政策配合、疫病、感染管制新知、MDRO 感染管制政策等）適時更

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識										
				<p>新。</p> <p>5. 評分說明優良項目 3「…且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好」所提之「測驗機制」不限定其測驗方式。</p>										
	1.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。 2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3. 備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液（含隨身瓶）。 4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手（洗手可包括乾洗手）。 5. 訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，回饋受稽核單位，並留有紀錄備查。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由副院長級（含）以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討 	<p>1. 評分說明符合項目 1 所提「濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要」說明如下：</p> <p>(1) 濕洗手設備旁是否標示洗手 5 時機圖示不列為評分依據。</p> <p>(2) 濕洗手設備設置建議如下：</p> <table border="1" data-bbox="1377 619 2101 1193"> <thead> <tr> <th>單位</th> <th>濕洗手設備</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>加護病房</td> <td>1. 每 2 床或 2 個隔間至少設有一洗手檯 2. 若兒科加護病房無法每 2 床設有一洗手檯，亦可於病床前放置酒精性乾性洗手液</td> </tr> <tr> <td>醫療照護單位</td> <td>原則上 1 個單獨區域需有一洗手檯</td> </tr> <tr> <td>門診診間</td> <td>儘可能每間設有洗手檯，若有管線設置之困難，且具有共通通道者可設共用洗手檯</td> </tr> <tr> <td>臨床實驗室</td> <td>每間臨床實驗室應設有洗手檯（設置數量及位置是否適當，由各單位依實驗室大小及周邊環境等要素自行考量）。</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 評分說明符合項目 2「醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙」，係指於濕洗手設備處可同時備有皂、</p>	單位	濕洗手設備	加護病房	1. 每 2 床或 2 個隔間至少設有一洗手檯 2. 若兒科加護病房無法每 2 床設有一洗手檯，亦可於病床前放置酒精性乾性洗手液	醫療照護單位	原則上 1 個單獨區域需有一洗手檯	門診診間	儘可能每間設有洗手檯，若有管線設置之困難，且具有共通通道者可設共用洗手檯	臨床實驗室	每間臨床實驗室應設有洗手檯（設置數量及位置是否適當，由各單位依實驗室大小及周邊環境等要素自行考量）。
單位	濕洗手設備													
加護病房	1. 每 2 床或 2 個隔間至少設有一洗手檯 2. 若兒科加護病房無法每 2 床設有一洗手檯，亦可於病床前放置酒精性乾性洗手液													
醫療照護單位	原則上 1 個單獨區域需有一洗手檯													
門診診間	儘可能每間設有洗手檯，若有管線設置之困難，且具有共通通道者可設共用洗手檯													
臨床實驗室	每間臨床實驗室應設有洗手檯（設置數量及位置是否適當，由各單位依實驗室大小及周邊環境等要素自行考量）。													

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識								
			<p>改進。</p> <p>3. 使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合)</p> <p>2. 手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。(符合)</p> <p>3. 以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良)</p> <p>4. 院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良)</p> <p>5. 資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良)</p>	<p>手部消毒劑及擦手紙，或是僅備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙；洗手皂包含液態皂及固態皂，惟固態皂應保持適度乾燥。另擦手紙建議採壁掛式避免沾濕，若直接置在檯面上，應保持乾燥清潔，查核時可於評量表意見欄中給予建議，但不列為評分依據。</p> <p>3. 評分說明符合項目 3 所提「備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液」說明如下： (1) 乾洗手設備設置建議如下：</p> <table border="1" data-bbox="1377 606 2098 1388"> <thead> <tr> <th data-bbox="1377 606 1653 662">單位</th> <th data-bbox="1653 606 2098 662">乾洗手設備</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1377 662 1653 774">血液透析 / 洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位</td> <td data-bbox="1653 662 2098 774">每床放置 1 瓶酒精性乾洗手液</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1377 774 1653 957">一般病房</td> <td data-bbox="1653 774 2098 957">1. 個人病房每病室放置 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1377 957 1653 1388">精神科、兒科等單位</td> <td data-bbox="1653 957 2098 1388">1. 護理站設置酒精性乾洗手液 2. 兒科單位經安全性評估後，可於病室內放置酒精性乾洗手液或採單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液之方式 3. 精神科單位之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故應單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液</td> </tr> </tbody> </table>	單位	乾洗手設備	血液透析 / 洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位	每床放置 1 瓶酒精性乾洗手液	一般病房	1. 個人病房每病室放置 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳	精神科、兒科等單位	1. 護理站設置酒精性乾洗手液 2. 兒科單位經安全性評估後，可於病室內放置酒精性乾洗手液或採單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液之方式 3. 精神科單位之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故應單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液
單位	乾洗手設備											
血液透析 / 洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位	每床放置 1 瓶酒精性乾洗手液											
一般病房	1. 個人病房每病室放置 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳											
精神科、兒科等單位	1. 護理站設置酒精性乾洗手液 2. 兒科單位經安全性評估後，可於病室內放置酒精性乾洗手液或採單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液之方式 3. 精神科單位之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故應單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液											

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識		
				<table border="1" data-bbox="1377 223 2101 335"> <tr> <td data-bbox="1377 223 1653 335">單位內工作車(治療車、急救車、換藥車等)</td> <td data-bbox="1653 223 2101 335">備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液</td> </tr> </table> <p data-bbox="1377 343 2101 462">(2)若醫院採用分裝之乾洗手液，在其分裝瓶身是否標示有效期限及成分內容等，不列為評分依據。</p> <p data-bbox="1377 470 2101 718">(3)有關酒精性乾洗手劑容器之選擇，除隨身攜帶的乾洗手劑外，應以方便同仁採取不以手直接接觸的方式(例如：肘動式、腕壓式、電動感應式等)取得足夠量(約 2-3ml)的酒精性乾洗手劑為原則，以符合臨床實務所需，並應注意維持容器清潔。</p> <p data-bbox="1377 726 2101 845">4. 考量實驗室因為需處理具感染性物質(如病人檢體)，所以對濕洗手設備之要求，與臨床單位相同。</p> <p data-bbox="1377 853 2101 1149">5. 評分說明符合項目 5 所提「訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，並留有紀錄備查」，其中「定期稽核」係由醫院視各單位實際狀況訂定稽核頻率；有關手部衛生遵從性稽核，除記錄所稽核之手部衛生機會數與實際執行手部衛生次數外，應包含手部衛生五時機的每項時機數。</p> <p data-bbox="1377 1157 2101 1324">6. 評分說明優良項目 1 所提「臨床單位曾以品管手法如品管圈、標竿學習、專案改善或 PDCA 等方式推動手部衛生」，應以 106 年是否辦理相關品管活動為依據。</p> <p data-bbox="1377 1332 2101 1412">7. 評分說明優良項目 3 所提「使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生局成效」，其中「資訊系統或</p>	單位內工作車(治療車、急救車、換藥車等)	備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液
單位內工作車(治療車、急救車、換藥車等)	備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液					

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>輔導機制」係指醫院以電子看板跑馬燈、設立螢幕保護程式提醒、加護病房開放家屬探視前以廣播提醒、新進人員以螢光劑測試等作為皆可，惟洗手步驟圖示非為輔導機制。</p> <p>8. <u>參加手部衛生卓越競賽 (Hand Hygiene Excellence Award) 獲獎醫院，於評定獲獎的次年度或後年度接受查核，本項成績得以優良認計。</u></p>
46	1.5	應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。 2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制。 3. 依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備 (personal protection equipments, PPE) 使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)。 4. 訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 之「明顯告示」以電子看板方式呈現亦可。 2. 評分說明符合項目 2 所提「有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制」。對所有急診檢傷病人和對發燒或疑似感染之門診病人，有提示急診檢傷人員和門診醫師詢問旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制。「疑似感染」泛指所有感染症狀，非僅限於呼吸道感染症狀。 3. 評分說明符合項目 3「依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備使用標準」係指其內容須記載於院內工作手冊或感染管制網頁；另「定期辦理 PPE 教育訓練(含實際穿脫演練)」之『定期』係指至少每年 1 次，範圍至少包含門診、急診、加護病房及負壓隔離病房等單位，而教育訓練辦理單位不限於感染管制單位，但須有紀錄備

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。</p> <p>5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之 	<p>查。</p> <ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 4 所指「疑似或確定之傳染病個案」非僅限於『法定』傳染病人。 評分說明優良項目 1 係指提具依該院大規模感染事件應變計畫中所規劃的支援單位與人力需求，院方自行擬定之訓練課程、受訓計畫與評核機制。其目的係為使受訓人員有能力按院內應變計畫分工執行應盡職責，因此訓練計畫內容不宜僅以院外課程（如傳染病防治醫療網教育訓練）列計。 有關評分說明優良項目 2「主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作」之說明如下： <ol style="list-style-type: none"> 『社區醫院』可定義為社區內其他醫療院所、人口密集機構等單位，惟不可為受查醫院所附設之。 『新興傳染疾病』含括多重抗藥性細菌感染症。 有關評分說明優良項目 3「確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施」，醫院需有做到「於門診診間和急診檢傷分類站，針對發燒或有呼吸道症狀但未配戴口罩就診的病人，主動提供外科口罩」，始符合本項評分說明要求。若病人無法配戴口罩，仍應落實呼吸道衛生與咳嗽禮節，在打噴嚏及咳嗽時使用衛生紙遮掩口/鼻，並立即將用過的衛生紙妥善丟棄後，執行手部衛生。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>應變計畫及會議紀錄。(符合)</p> <p>6. 負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合)</p> <p>7. 新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊、在職教育紀錄、及實地或桌上演習紀錄。(優良)</p> <p>8. 社區防疫工作紀錄。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。</p> <p>2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制。</p> <p>3. 依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備 (personal protection equipments, PPE) 使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)。</p> <p>4. 訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。</p> <p>5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>優良項目：（下述項目僅限一項未達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 2. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 2. 急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 3. 門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 4. 疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 5. 醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫及會議紀錄。(符合) 6. 新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊、在職教育紀錄、及實地或桌上演習紀錄。(優良) 	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
	1.6	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等重症單位之血流感染、泌尿道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要指標。 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 感染管制指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 確實分析數據並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。 落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療照護相關感染的統計報表。(符合) 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統的通報統計表。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p>	<p>評量共識</p> <ol style="list-style-type: none"> 若醫院雖未發生院內群聚感染事件，但訂有院內群聚感染發生之危機處理標準作業流程，並訂有尋求協助之應變機制，即達成本項基準評分說明符合項目之要求。 有關評分說明優良項目 2 所提「將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統」，應符合下列條件： <ol style="list-style-type: none"> 有設立加護病房的醫院，需完成所有加護病房 106 年 1-12 月的住院人日數、3 項侵入性導管使用人日數及感染個案資料與檢驗結果之通報。前述通報成效將以 TNIS 系統「個案檢體菌株通報完整率」、「住院人日數實際通報完整率」、「導尿管使用人日數實際通報完整率」、「中心導管使用人日數實際通報完整率」、「呼吸器使用人日數實際通報完整率」5 項指標呈現。有設立加護病房醫院任一指標數值低於 80% 視同本項條件未符合。 醫院需將 106 年資料於 107 年 3 月 31 日前通報至 TNIS 系統，指標將採用 107 年 4 月 1 日下載資料分析。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、抗生素管制、傳染病疫情等重要感染指標。 2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表、呈核紀錄及改善成效。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果。 4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實分析數據（含院內菌種變化）並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。 3. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療照護相關感染的統計報表。(符合) 2. 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 3. 疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統的通報統計表。(優良) 4. 院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良) 	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
	2	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消		
	2.1	確實執行衛材、器械、機器之清潔、消毒及滅菌管理	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者（設有牙醫及中醫部門者須納入）： <ol style="list-style-type: none"> (1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2) 處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。 (3) 自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器（如：包外消毒色帶、包內化學指示條）及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4) 以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行 1 次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查。 (5) 環氧乙烷（Ethylene Oxide gas）滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑（如：快速判讀生物培養苗），設置場所應有 EO 濃度監測儀或警示儀（detector），以防止 EO 外洩並能及時處理。 (6) 電漿鍋依滅菌監測感染管制措施指引進行監測並有相關紀錄。 (7) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合項目 1 所提之「自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者」包括非供應室施行之滅菌作業，均須列入查核。 2. 有關評分說明符合項目 1-(1)所提之包裝，應參考相關指引建議，於滅菌物品的包裝上，除了滅菌指示帶外，其他的膠帶、安全別針、繩子、紙夾、訂書針或其他尖銳物都不應該使用於滅菌物品的打包網綁。 3. 評分說明符合項目 1-(10)所提之消毒液有效濃度應依廠商說明書建議使用，並按說明書建議頻率進行有效濃度測試，且使用前須確認試紙之效期。另監測紀錄應包含測試日期、測試人員簽名及測試結果（如是否合格），但不須留存測試後之濃度試紙實體。 4. 有關評分說明符合項目 2，若將拋棄式無菌衛材存放於供應室中，不可採取整箱存放方式，應在供應室外將包裝箱拆除，並與自行滅菌之無菌衛材置放在不同的儲物架。 5. 評分說明符合項目 2 所提「消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）」推車加蓋不特別指定材質，蓋或罩均可；回收物品和消毒/滅菌物品若同時置於同一台車上，應分層放置於不同

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>收機制)。</p> <p>(8)消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查。</p> <p>(9)軟式內視鏡（包括腸胃鏡、氣管鏡等）相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。</p> <p>(10) 依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。</p> <p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 訂有快消式高壓蒸氣滅菌鍋（俗稱快消鍋）使用管理機制且執行成效良好；包括：確保僅限於器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實（含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等）。</p>	<p>加蓋箱中，若院內僅有一台物品運送推車且無分層設計者，則運送過回收物品的推車需經清潔及消毒後，才可放置已滅菌物品。</p> <p>6. 醫院未設供應室及衛材滅菌設備且滅菌業務外包或由物流公司配送時，以評分說明符合項目 3「衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查」進行評量，醫院須明訂檢核作業程序內容，如：外觀完整、滅菌標籤、有效期限等，外包廠商應提供衛生主管機關檢驗合格證書備查。</p> <p>7. 若醫院為不相毗鄰院區，其衛材雖採聯合採購，各院區應自行監控品質，並有紀錄備查。</p> <p>8. 評分說明優良項目 2 所提之「定期探討及分析消毒/滅菌過程，...，如有異常情況應進行檢討及改善」，應包含針對當內視鏡消毒液監測發現濃度不足時及滅菌作業發生異常時之病人追蹤機制與改善措施（如：追蹤所有曾使用在前一次檢測合格到本次檢測期間消毒之內視鏡病人名單與其保存年限、追蹤所有曾使用滅菌失敗之衛材/器械的病人名單與其保存年限、檢討消毒液更換時間、檢討滅菌失敗原因等）及執行情形之紀錄。</p> <p>9. 牙科使用的次要醫療物品（semi-critical item）原則建議採取滅菌方式處理，無法經高壓高溫滅菌之器械（如：橡膠製品），應依廠商使用說明，若屬單次使用者，不再重複使用；若屬可採高程度消毒後重複使用者，依廠商建議之高程度消毒</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>2. 定期探討及分析消毒/滅菌過程（含內視鏡清洗消毒作業）或外包業務（含租賃手術器械），如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 2. 過期物品登記表。(符合) 3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果（含生物監測、化學監測、抽真空監測等）與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合) 4. 環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合) 5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合) 6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合) 7. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合) 8. 內視鏡安全作業指引。(符合) 9. 內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合) 10. 內視鏡採檢流程。(符合) 11. 外包業務（含租賃手術器械）管理辦法及品質監控稽查紀錄。(符合) 12. 快消鍋使用管理規則、使用紀錄及檢討。(優良) 13. 消毒/滅菌(含外包業務)異常原因檢討與改善措施會議紀錄。(優良) 14. 內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄。(優良) 	<p>劑進行消毒。</p> <p>10. <u>參加亞太感染管制學會（Asia Pacific Society of Infection Control, APSIC）模範供應中心競賽活動（CSSD Center of Excellence Program）之醫院，於評定認證通過的當年度或次年度接受查核，本項成績得以優良認計。</u></p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>【精神科醫院適用以下標準】 符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自行執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌： <ol style="list-style-type: none"> (1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2) 應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查。 (3) 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護裝備。 (4) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。 (5) 消毒滅菌相關設備應由合格人員操作，並定期保養且留有紀錄備查。 (6) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。 2. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 3. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒/滅菌先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。 4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指 	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>標意義及處理異常情況。</p> <p>5. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 2. 過期物品登記表。(符合) 3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合) 4. 環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合) 5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合) 6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合) 7. 外包業務管理辦法及品質監控稽查紀錄。(符合) 8. 第一種壓力容器操作人員合格證書。(符合) 9. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合) 	
可	2.2	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督。 2. 主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席。 3. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項基準所稱之供應室主要指依據醫療機構設置標準所設立之單位，惟各家醫院負責執行衛材器械消毒滅菌業務之單位名稱不盡相同，實地查核時不須拘泥於單位名稱。 2. 若醫院雖未設立供應室，但有自行執行衛材與器械之消毒/滅菌者，或醫院內未集中於供應室消毒/滅菌之單位，依據符合項目 4「醫院之衛材與器

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>隔；落實執行及定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查。</p> <p>4. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。 2. 建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。 3. 供應室空調設置符合感管原則，並有佐證資料。 4. 針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查。 <p>[註] 精神科醫院可自選本項免評</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室單位人員排班表。(符合) 2. 感染管制會會議紀錄。(符合) 3. 第一種壓力容器操作人員合格證書。(符合) 4. 供應室工作規範。(符合) 5. 供應中心之感染管制措施。(符合) 6. 滅菌物品貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 7. 供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良) 8. 供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與工作人員教育訓練計畫書及員工個別教育訓 	<p>械未集中於供應室消毒、滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之」進行評量；若醫院未自行執行衛材與器械之消毒/滅菌者，可比照精神科醫院自選本項免評。</p> <p>3. 評分說明優良項目 3 所提「空調設置符合感染管制原則」係指供應室溫、濕度應有適度控管；清潔區及儲存區維持相對正壓；污染區具負壓設備為佳，若無負壓設備，則應設有抽氣設備。清潔區與污染區以空氣不對流為原則，可由院方提出證明或委員現場查證確認氣流方向。</p> <p>4. 評分說明優良項目 4 所提之教育訓練課程，係指針對清潔消毒滅菌等供應室業務相關或軟式內視鏡清潔消毒相關之教育訓練，不宜以院內全體員工之在職教育訓練課程認計。</p> <p>5. <u>參加亞太感染管制學會（Asia Pacific Society of Infection Control, APSIC）模範供應中心競賽活動（CSSD Center of Excellence Program）之醫院，於評定認證通過的當年度或次年度接受查核，本項成績得以優良認計。</u></p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>練紀錄文件。(優良)</p>	
	2.3	<p>落實環境清潔消毒及管理</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。 2. 若設有氣管鏡室者，應具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 3. 若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 4. 若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。 5. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 3. 對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若醫院設有牙科，查核動線規劃應<u>包含牙科診間</u>。 2. <u>有關評分說明優良項目 3 所提之環境清潔情形定期抽查（檢）機制，未限定醫院必須採取的稽核方式，但醫院應就定期抽查（檢）機制的執行方式、執行頻率、是否回饋/報告抽查（檢）結果、以及依據抽查（檢）結果辦理的檢討與改善策略等事項，提出佐證資料供委員評量。</u> 3. <u>有關評分說明優良項目 4 所提之供水系統退伍軍人菌環境檢測作業，係為輔導醫院參考疾病管制署公布的指引，依據單位風險特性執行供水系統之監測、採檢及檢出陽性結果的因應處理等，故於實地查核時可依據醫院自評表資料填寫情形提供所需的輔導，勿僅以自評表的表格資料是否完整填寫進行評定。</u>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>制會，且有檢討流程並進行改善措施。</p> <p>4. 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。</p> <p>[註] 器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境清潔工作標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 2. 肺功能與氣管鏡空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄。(符合/優良) 3. 醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 4. 退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 5. 環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行。 2. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生 	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員相關內容。</p> <p>3. 若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內<u>感染管制會</u>，且有檢討流程並進行改善措施。</p> <p>2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。</p> <p>3. 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>2. 牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合)</p> <p>3. 環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良)</p> <p>退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良)</p>	
	3	落實抗生素抗		

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		<p>藥性管理</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應設立跨部門抗生素管理小組，並由副院長級(含)以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師*、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。 2. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。 3. 醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。 *依據醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正規定，四十九床以下，未設檢驗設備者，得免設醫事檢驗人員。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理小組至少每季開會1次。 2. 依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容。 3. 落實執行修訂之計畫內容。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理小組成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合/優良) 2. 抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合) 	<p>評量共識</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提「每年至少開會 1 次」，若醫院將抗生素相關議題提至感染管制會討論並有決議，則符合本項規定。 2. 評分說明符合項目 2 「每半年至少辦理 1 次以上全院性適當使用抗生素相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加 1 次」，共識如下： (1)本項係指對於提升正確使用抗生素觀念之相關課程，醫院應每半年至少辦理 1 次（即一年需至少辦理 2 次），前述課程應有明確的時間、地點、課程講義與上課紀錄，另講習課程錄製成數位學習課程，提供員工線上學習（e-learning）亦可列計。 (2)本項臨床醫師、護理人員、藥師係指執業執照登錄於該醫院之專任人員（兼任人員不列計算），每年應參加全院性適當使用抗生素之課程，且應抽查實際出席狀況作為評量依據。 3. 評分說明符合項目 3 所提「抗生素管理計畫」，應含執行方式、經費、人力、成效評估等。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. 抗生素管理計畫 (含執行方式、人力、資源、成效評估等)。(符合)</p> <p>4. 醫院對於抗生素管理計畫執行的實質支援紀錄。(符合)</p> <p>5. 歷次修訂版本之抗生素管理計畫(含修訂之年月日)。(優良)</p> <p>6. 抗生素管理計畫執行情形及成果。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院應有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，並由副院長級(含)以上帶領執行，團隊成員至少應包含醫師、藥師、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。</p> <p>2. 醫院訂有抗生素管理措施，且每年至少辦理1次全院性「適當使用抗生素」相關講習，臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。</p> <p>[註]</p> <p>精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 抗生素管理推動成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合)</p> <p>2. 抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合)</p> <p>3. 抗生素管理措施。(符合)</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
可	3.2	抗生素使用監測管理機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析。 3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病人抗生素使用適當性之機制。 4. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。 2. 對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素使用管制措施及相關作業流程。(符合) 2. 各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄。(符合) 3. 抗生素使用量(如:defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄。(符合) 4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄。(優良) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提「如何適當使用抗生素之資料」，資料手冊可為醫院編製或網際網路資訊搜尋。 2. 評分說明符合項目 2 所提「對抗生素使用量訂有適當的監測機制」，需由院方提出抗生素使用情形之監測資料，<u>並使用 DDD 或 DID (DDD/1000 patient-days) 為單位統計。</u> 3. 評分說明符合項目 3 所提「各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載」，應符合下列標準： <ol style="list-style-type: none"> (1) 有關病人非管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生： <ol style="list-style-type: none"> a. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。 b. 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。 c. 未依感染部位選用適當抗生素。 d. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。 e. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。 註：針對無非管制性抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。 (2) 有關病人管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應有抗生素使用管制機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。 <p>[註]</p> <p>精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素使用管制機制及相關作業流程。(符合) 2. 抗生素使用量(如:defined daily dose)統計報告。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> a. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效<u>抗生素</u>，且無正當理由。 b. 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。 c. 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 d. 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 <p>註：「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑；無管制性抗生素藥物品項之醫院得以免評；針對無管制性抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有管制性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(3)有關病人手術預防性抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑手術預防性抗生素（<u>使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前 2 小時給予手術預防性抗生素；剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素</u>）。 b. 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。 c. 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。 d. 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。 e. 手術中視必要（考慮藥品動態學）追加抗生

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>素。</p> <p>註：無手術室之醫院得以免評；無符合使用手術預防性抗生素案例之醫院，實地查核時，以醫院是否訂有手術預防性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(4) 有關病人門診抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。 b. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。 c. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。 d. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。 <p>註：針對無門診抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p> <p>(5) 實地查核有關本項基準之評量方式請醫院提供下列病例清單，由查核委員從中挑選病歷審查。此外，病歷審查形式不侷限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。實地查核時，各審查項目若有 1 本病歷紀錄內容不符規定，建議可當場再多抽審 1 本病歷，如該本病歷內容符合規定，即認定符合標準。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識		
				審查項目	對象	病歷 抽樣數
				非管制性抗 生素使用	住院中或已出院的 ICU 病 房或肺炎或敗血症病人	3
				管制性抗生 素使用		3
				手術預防性 抗生素使用	住院中或已出院，且接受 TKR、THR、CABG、甲狀 腺切除術、剖腹產、鼠蹊疝 氣修補術或其他清淨手術 術式病人	3
				門診抗生 素 使用	當日或前 3 日內之家醫科、 耳鼻喉科、內科、兒科、免 疫風濕科等門診病人	10
				<p>4. 評分說明符合項目 3 所提「評估病人抗生素使用適當性之機制」，其機制係由醫院自行規劃，評估內容包括適應症、細菌培養結果、藥品過敏史、肝腎功能及相關檢驗數據、劑量、頻次、天數、輸液、輸注速度、交互作用、禁忌症等。</p> <p>5. 評分說明符合項目 4 所提「抗生素不合理使用」包括：不符適應症、用法用量欠妥（劑量、頻次、天數、特殊族群等）、藥品選用不當等。</p> <p>6. 評分說明優良項目 1 所提「醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制」，係指輔助醫師開立抗生素處方之系統（如：抗生素之建議劑量、過敏史或不良反應提示、肝</p>		

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>腎功能不全檢核、相同藥理提示及預設處方之有效期限等），院內有任何形式之提醒機制即認定符合標準。</p> <p>7. 評分說明優良項目-2 所提「有具體改善成效呈現」，係指可提供不適宜的抗生素使用率下降及全院抗生素使用量有效降低者作佐證。</p>
可	3.3	抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫。 每年定期製作全院臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱。 每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)。 針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示。 配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 1 應至少符合下列標準： <ol style="list-style-type: none"> 應有檢驗標準作業程序，含檢體簽收、檢體保存方式、追蹤報告機制、重要檢體需發初步報告與訂定危急報告內容及通知方式。 應制定採檢手冊，包括採檢時機、容器、採檢棒、檢體保存方式、檢驗方式等資料。 應有對實驗室進行內、外部品管查核之計畫和紀錄。 有關評分說明符合項目 1，若受評機構係委外代檢，應至少符合下列標準： <ol style="list-style-type: none"> 應與代檢實驗室簽訂合約。 應有委外檢驗標準作業程序，含內部檢體簽收、檢體保存方式、外部檢體簽收、追蹤報告機制、重要檢體需發初步報告與訂定危急報告內容及通知方式。 應參考代檢實驗室提供的採檢規範，包括採檢時機、容器、採檢棒、檢體保存方式、檢驗方式等資料訂定採檢手冊。 應有對代檢實驗室進行外部品管查核之計畫和紀錄。 評分說明符合項目 2 所提「每年定期製作全院臨

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>1. 針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須待進行改善之事項，提出具體解決的對策。</p> <p>2. 每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。</p> <p>3. 根據統計分析報告，研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄。(符合)</p> <p>2. 抗生素抗藥性圖譜統計報告。(符合)</p> <p>3. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離管理政策及相關作業流程。(符合)</p> <p>4. 內、外部品管監測異常之改善方案或對策。(優良)</p> <p>5. 抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告。(優良)</p> <p>6. 多重抗藥性微生物防治對策及執行成效。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 訂有抗生素抗藥性之監測機制，並定期統計分析，且將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱。</p> <p>2. 針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、</p>	<p>床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)」，係指每年至少一次統計抗生素抗藥性圖譜，提供菌株的易感性之百分比。</p> <p>4. 評分說明符合項目 4 所提「應於微生物報告上註記或解釋」，包含菌株之意義及其他提醒醫師調整抗生素處方之註記。</p> <p>5. 評分說明符合項目 4 所提「即時通知臨床單位」，微生物實驗室應提出通知紀錄或透過資訊系統進行通知機制。</p> <p>6. 評分說明符合項目 4 所提「進行適當隔離」係指執行醫院自訂之多重抗藥性微生物感染隔離規範，且醫療照護人員應嚴格落實接觸隔離防護措施及手部衛生感染管制作為，如：(1)將抗藥性病人置於單人病室隔離治療；(2)將抗藥性病人置於規劃之隔離區域，該區域不再收治非抗藥性病人；或收治在不特別區分抗藥性或非抗藥性病人之隔離區域，但該病人必須標示並足以使照護人員辨識；(3)具備解除隔離機制。</p> <p>7. 評分說明符合項目 4 所提「標示」係由各醫院自行規劃並執行，標示不呈現病人姓名、疾病名稱、菌種，且應為醫院全體同仁所知悉。</p> <p>8. 評分說明符合項目 5「配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署」係指需通報 TNIS 系統之「<u>抗生素抗藥性管理通報系統</u>」下列事項： <u>(1) 實驗室菌株通報：</u> 需通報全院未分類檢體 CRKP、CRAB、VRE</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>CRAB、VRE、MRSA 等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院未採集任何微生物檢體，可自選本項免評；若為委外代檢，委外代檢單位需訂有檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫，醫院需依委外代檢單位所提供之報告進行相關分析、隔離、標示及通報等措施。 2. 移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素抗藥性統計報告。(符合) 2. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離防治措施。(符合) 	<p>及 MRSA 等 4 種多重抗藥性菌株，其通報成效以「實驗室菌株通報完整率」指標呈現(含 106 年 4 個季之通報)。醫院需於 107 年 3 月 31 日前完成 106 年資料通報；系統採用 107 年 4 月 1 日下載資料分析。</p> <p><u>註：實驗室菌株通報完整率=實際通報季數/年度應通報季數*100%</u></p> <p>(2) <u>抗藥性監測通報：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. <u>未參與抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案之醫院：106 年需持續通報。</u> b. <u>參與抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案之醫院(名單請參考 107 年度醫院感染管制查核手冊衛生局版-參考資料 1)：必須通報 105 年 1 月至 106 年 12 月之資料，且每月通報之細菌種類需達 10 項菌屬/種以上(名單請參考 107 年度醫院感染管制查核手冊衛生局版-參考資料 2)。</u> c. <u>本項為 107 年度試評項目，未達成者雖不影響此項基準是否得被評定為符合，但請納入建議事項提醒辦理，以作為次年度評量之依據。</u> <p>9. 有關評分說明優良項目 1，若監測結果無異常時，即認定為符合；受評機構如係委外代檢，應對代檢實驗室代檢項目的異常，執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。</p> <p>10. 評分說明優良項目 2 所提「每年定期進行抗藥性</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>趨勢與抗生素用量之相關性分析」中的「抗生素用量」請以抗生素耗用量 (DDD) 或 DID 計算。</p> <p>11. 評分說明優良項目 3 所提「研擬防治對策並付諸實行」係指醫院對於抗藥性病人，採行合宜之隔離措施或處置，包括符合下列 3 項：(1) 醫院 ICU 收治來自 RCW 或 RCC 呼吸器依賴之病人時，該類病人在未檢驗確認前，即先進行適當的預先隔離措施 (proactive isolation)，直至檢驗確定為陰性；(2) 規劃 ICU 或普通病室內抗藥性病人之單人隔離病室或隔離治療區域，並落實執行接觸隔離防護措施；(3) 於病人轉院治療或轉介至人口密集機構前，填具「機構間感染管制轉介單」，<u>或於出院病摘等文件詳細記載前述資訊</u>，以提醒其他機構加強落實感染管制措施。</p> <p>12. 評分說明優良項目 3 「有具體改善成效」，應提供改善措施及成效之結果，以供佐證。</p>
	4	配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施		
	4.1	訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關聯繫	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。 2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。 3. 傳染病通報之病例數均有統計並建檔，且以網路 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 2 所提「傳染病檢體」，係指所有可能發生傳染之檢體均須訂有包裝及運送標準作業流程，非僅針對法定傳染病之檢體而言。 2. 優良項目 1 所提之「定期檢討通報機制之適用性」，包括因應疾管署修正通報定義或送驗條件

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>方式進行傳染病通報。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目除試評項目外需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期檢討通報機制之適用性。 2. 配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料。（107 年試評項目） <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病檢體不僅限於運送至衛生單位之疑似法定傳染病檢體，包含一般外送進行微生物等檢驗之檢體。 2. 全年度未有傳染病檢體之運送醫院，仍應訂有傳染病檢體包裝運送相關作業程序機制，且熟悉傳染病檢體包裝運送作業流程。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病通報統計紀錄或報表等資料。（符合） 2. 院內傳染病檢體包裝及運送作業流程。（符合） 3. 定期檢討通報機制之紀錄等相關佐證資料。（優良） 4. 103-106 年防疫雲計畫參與醫院名單。（優良） 	<p>所進行之通報機制檢討，或檢討評估院內現行機制有無改善空間，以及時導入適當介入措施避免可能發生的遺漏通報事件。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 優良項目 2 所提「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料」，包含配合疾管署建置「運用醫院電子病歷進行傳染病通報功能」或「實驗室傳染病自動通報系統」並持續上傳資料者，以提升通報時效及建立主動監測機制。符合前述之醫院名單，將由疾管署提供各地方政府衛生局參考（請參考 107 年度醫院感染管制查核手冊衛生局版-參考資料 3）。本項今（107）年度屬試評項目，未達成者雖不影響此項基準是否得被評定為優良，但請納入建議事項提醒辦理，以做為明年評量之依據。
可	4.2	具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施	<p>符合項目：</p> <p>住院病人具有下列感染管制相關規範措施者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於首次耐酸性塗片陽性報告 24 小時內，通知診療醫師。 2. 將報告結果記載於病歷。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提「通知診療醫師」可於不同紀錄單呈現，如：電話紀錄、簡訊通知或轉診單等。 2. 評分說明符合項目所提之感染管制相關規範措施，僅符合項目 2 報告結果需記載於病歷中，其

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。</p> <p>4. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要配戴 N95 以上等級防護裝備照護病人之措施。</p> <p>5. 經抽查病歷符合者達 80%。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 經抽查病歷符合者達 95%。</p> <p>[註] 無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 通知診療醫師之相關紀錄等。(符合)</p> <p>2. 病歷及其他相關佐證資料。(符合/優良)</p> <p>3. 轉床紀錄單及相關隔離措施紀錄。(符合)</p>	<p>餘項目不侷限於病歷紀錄呈現，相關佐證資料亦可。</p> <p>3. 評分說明符合項目 4 所提「適當的隔離處置」係指將病人安置於負壓隔離病房、獨立空調系統之單人病室、空調關閉且窗戶流通之單人病室、病房獨立區、居家隔離或轉至具有負壓隔離設施之院所。</p> <p>4. 評分說明符合項目 5 及優良項目中所提抽查病歷符合者所達之百分比，係指抽查 5 本病歷，全數符合評分說明符合項目之要求可評為優良，其中 1 本未符合則評為符合；但若抽查病歷未達 5 本者，則委員仍可依據其他相關措施之執行與佐證資料予以評量。而抽審個案及病歷數，係參考衛生局代表所提供該院年度通報個案數量為依據。</p>
	4.3	有專人負責結核病個案管理及衛教工作	<p>符合項目：</p> <p>1. 有專責人員負責結核病個案管理工作。</p> <p>2. 有專任/專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。</p> <p>3. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為 50（含）例以上，設有專任結核病個案管理師負責結核病個案管理工作。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p>	<p>1. 未收治結核病個案之醫院係指未收治結核病個案門診及住院之醫院。</p> <p>2. 評分說明優良項目 1：未取得結核病個案管理師訓練合格者，需每年接受結核病防治訓練達 12 小時，其中包含實體課程至少 10 小時，其他可搭配網路課程學習時數 2 小時；結核病個案管理師訓練合格人員則需接受結核病防治訓練 10 小時，不限實體或網路課程。前述所提之結核病防治訓練非侷限於疾病管制署辦理之課程，由相關學會（如：台灣感染管制學會、台灣結核病暨肺</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
73			<p>1. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理師訓練合格者，每年接受結核病防治訓練達 10 小時；未取得結核病個案管理師訓練合格者，則需每年接受結核病防治訓練達 12 小時。</p> <p>2. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）每 100 人，設置專任結核病個案管理師 1 人。</p> <p>3. 列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）有納入健保專案管理達 90% 以上，並於中央傳染病追蹤管理系統記載用藥與檢驗紀錄。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 指派專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 負責結核病衛教人員每年接受結核病防治訓練時數達 12 小時者。</p> <p>2. 各項衛教資源、教材資料豐富。</p> <p>[註]</p> <p>1. 專任：係指聘請結核病個案管理師全職辦理結核病個案管理相關業務。</p> <p>2. 專責：係指負責結核病個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	<p>部疾病醫學會等）辦理或經學會認可學分之結核病防治相關課程亦可認計。如遇人員異動或請假，人力缺額期間不得超過 4 個月。</p> <p>3. 評分說明優良項目 2 係指列管中照護之結核病個案每超過 100 位，需增設 1 名專任結核病個案管理師。例如：列管中照護之結核病個案若有 101 位，則需設置 2 名專任結核病個案管理師才符合標準。</p> <p>4. 評分說明優良項目 3 列管中之結核病個案納入健保專案管理比率由系統自動計算：</p> <p>(1) 分母為查核當日於「中央傳染病追蹤管理系統」所顯示醫院列管中之肺結核個案，並排除標示外勞身分及非健保身分者。因系統無法區分列管個案是否具健保身分，必要時可請醫院提出證明其未納入個管之病人為無健保身分者，則可自分母排除計算。</p> <p>(2) 分子為合格之健保專案管理個管人數，須符合下列條件：</p> <p>a. 有專責結核病個案管理師列管之個案；且</p> <p>b. 列管中個案初查痰結果應完整登錄，且其系統登錄之最近就醫日期加上醫師開藥天數後的最後用藥日，距離查核當日不應中斷 14 日以上。</p> <p>5. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為 49 例（含）以下之醫院，符合項目 3 可免評，但須設有專任結核病個案管理師才符合優良項目 2 要求；而列管中照護之結核病新案為 50-99</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<ol style="list-style-type: none"> 1. 結核病衛教人員業務職責。(符合) 2. 結核病相關衛教素材及資源。(符合/優良) 3. 結核病個案管理師教育訓練合格證書。(優良) 4. 結核病防治相關教育訓練學分證明。(優良) 5. 「中央傳染病追蹤管理系統」中列管結核病個案追蹤紀錄。(符合/優良) 	<p>例之醫院，若設有專任結核病個案管理師，則已同時符合評分說明符合項目 1 及優良項目 2 條件。</p>
	4.4	具有結核病診治機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例 < 50 例者，可由感染管制會兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。 2. 收治 ≥ 50 例結核病例之醫院，至少每三個月開會一次報告收治中之結核病病例診治現況，並有後續追蹤列管紀錄。 3. 結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。 4. 胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>如醫院有通報 TB 個案或疑似 TB 個案，每個月開會討論結核病病例治療現況，並有後續追蹤列管紀錄。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：下述項目達成 2 項指標者。</p> <p>優良項目：下述項目需全部達成。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有個案發現的標準作業流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項基準評分說明所提之「結核病委員會」，鑒於各家醫院辦理結核病防治業務單位名稱不盡相同，委員查核時不須拘泥於單位名稱，重點為確認該單位成員中具有結核病診治專業。若委員會人員數不足（如院內開立抗生素僅一位醫師），可委請院外醫師協助審核。 2. 【未收治結核病個案醫院適用標準】之評分說明 2 「依常規執行住院病人胸部 X 光檢查」，其胸部 X 光檢查對象應排除孕婦。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>2. 依常規執行住院病人胸部 X 光檢查。</p> <p>3. 門診病人接觸史及結核病疑似症狀問診、胸部 X 光及痰液相關檢查。</p> <p>4. 留有相關紀錄文件備查。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 結核病個案追蹤列管紀錄(符合/優良)</p> <p>2. 結核病委員會組織章程及成員資料。(符合)</p> <p>3. 結核病委員會會議紀錄、個案討論及相關處方審核資料。(符合)</p> <p>4. 個案發現之標準作業流程。(優良)</p> <p>5. 住院病人胸部 X 光檢查紀錄。(優良)</p> <p>6. 病歷紀錄。(符合/優良)</p>	
75	4.5	住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者的追蹤資料	<p>符合項目：</p> <p>1. 訂有完整的接觸者追蹤機制。</p> <p>2. 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤相關資料之比例$\geq 90\%$。</p> <p>3. 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol- generating procedures)，或<u>多重抗藥性結核病個案</u>之院內接觸者，可提出追蹤相關資料之比率。</p> <p>4. 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療。</p>	<p>1. 評分說明符合項目 2「痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例$\geq 90\%$」應由醫院提供追蹤者提列清單之紀錄，前開比例不包含非結核分枝桿菌個案 (NTM)。若醫院於查核前一年未有痰抹片陽性之結核病個案，則符合項目 2 免評。</p> <p>2. 評分說明優良項目 1「針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療」即指醫院應訂有該類機制，若有實際執行時，則需有紀錄。</p> <p>3. 評分說明優良項目 2 所提「主動轉介」應由醫院提供「主動轉介」之佐證資料。</p> <p>4. 有關「註 2」，若發生於加護病房時，若其院內接觸者為「病人」，則開放空間以同一區域計，完</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>2. 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤。</p> <p>3. 對身分為醫院工作人員之院內接觸者，當員工於追蹤期間離職，有主動轉介至轄區衛生主管機關接續追蹤之機制。</p> <p>[註]</p> <p>1. 確診結核病人身分認定以中央傳染病追蹤管理系統判定為準。</p> <p>2. 院內接觸者係指：<u>凡未佩戴 N95 口罩以上等級防護裝備之家屬、同病室病人及醫療照護工作人員，且於指標個案可傳染期內，曾與未佩戴外科口罩之指標個案接觸一天內 8 小時（含）以上或累積達 40 小時者。</u>可傳染期之核計以「病人有呼吸道症狀日或痰檢查陽性採痰日」的前三個月起算；特殊個案由診療醫師舉證相關資料及說明，經衛生主管機關提報病例審查委員會依其臨床證據判定可傳染期。</p> <p>3. 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，<u>於病人可傳染期間，有與其接觸之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。</u></p> <p>4. <u>痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置（aerosol-generating procedures），或多重抗藥性結核病個案之院內接觸者，</u>係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但其住院一段期間後才</p>	<p>全隔間病室則以單一病室計，未完全隔間病室視同開放空間。<u>惟若指標個案有使用密閉式抽痰管及加裝過濾器，且並未曾更換呼吸管路等相關感染管制配套措施，則同病室之其他病人、家屬及醫療照護工作人員不須列為院內接觸者。</u></p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>因痰培養陽性而隔離或甚至在結果驗出前已出院，<u>於病人可傳染期間</u>，有接觸該病人之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。<u>如為實際執行前述醫療處置之人員</u>，則不論接觸時數，皆應列入追蹤。</p> <p>5. 會產生飛沫微粒之醫療處置（aerosol-generating procedures）包含下列項目：支氣管鏡檢查、呼吸道插管、引發咳嗽取痰/噴霧吸藥的醫療過程、抽吸呼吸道分泌物、使用高速器材進行病理解剖或肺部手術。</p> <p>6. 院內接觸者列管係指：(1)皆列有名冊並有接受衛教（如：結核病防治知識、二年內若有疑似結核病症狀應儘速就醫檢查等）。(2)接觸者身分為同一病室病人，需配合疫調提供名單予公衛人員列管追蹤；身分為醫院工作人員，應<u>每年按規定進行胸部 X 光檢查，並比照一般接觸者追蹤期限，追蹤至指標個案確診次一年度，如為多重抗藥性結核病接觸者，則應追蹤列管二年。</u>(3)若出現疑似聚集事件，則依專家委員會建議追蹤事項辦理。</p> <p>7. 無住院一段期間後才被確定之住院確定結核病人者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。具有正確完整機制者可勾選為優良、具有機制但不完整者可勾選為符合、未具有機制者勾選為不符合。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供醫院接觸者清單之紀錄及追蹤列管資料。(符合/優良) 2. 相關醫療處置紀錄或病歷。(符合/優良) 3. 接觸者調查及處理機制，有納入員工教育訓練。(符合) 4. 院內接觸者離職之轉介紀錄。(優良) 	
	4.6	防護裝備儲備管理符合規定	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備（N95口罩、防護衣、外科手術口罩）儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。 2. 防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定。 3. 防護裝備儲備環境管理【溫度$\leq 35^{\circ}\text{C}$、濕度$\leq 80\%$、置於貨架、分類貯存及使用紀錄(含貯存、領用及耗損等資料)】符合規定。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備之儲備數量均達設定之安全儲備量。(符合) 2. 提供防護裝備之醫療器材許可證等證明資料。(符合) 3. 提供防護裝備儲備環境管理之相關報表(包括溫濕度紀錄表、使用紀錄表)。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關防疫物資之貯存，如醫院與廠商簽訂代庫存合約，在契約中應明訂廠商倉庫中應有僅屬於該院之實體庫存及專區，並應定期訪視倉儲並做成相關紀錄，並於感染管制查核當日提供各項證明文件，俾利檢視其庫存數量與儲存環境是否符合查核基準。評分說明中未規範院外倉儲應定期訪視之時間及紀錄部分，由醫院自行制定循環時間，惟記錄內容應與衛生局之要求相同，如：溫濕度每日記錄 1 次、領用紀錄每月更新 1 次。 2. 評分說明符合項目 2 所提「防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定」係指醫療單位（如護理站、門診等）使用之防護裝備，以產品外包裝有衛生福利部醫療器材許可證字號認定，本年度由衛生局代表於查證防疫物資時進行防護裝備許可證字號確認，分發至臨床單位之防護裝備則由委員現場查證，若抽查時為分裝，則建議請該單位提出原廠包裝，以利確認之；有關醫療器材許可證字號樣式，經衛生福利部食品藥物管理署「西藥、醫療器材、化妝品許可證查詢作業」確認包括以下 6 種：

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識						
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">衛署(部)醫器製字第***號；</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">衛署(部)醫器輸字第****號；</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">衛署(部)醫器陸輸字第***號；</td> <td style="padding: 2px;">衛署(部)醫器製壺字第****號；</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">衛署(部)醫器輸壺字第***號；</td> <td style="padding: 2px;">衛署(部)醫器陸輸壺字第**號；</td> </tr> </table> <p>3. 評分說明符合項目 2 所提之「防護裝備」，請依據疾病管制署「防疫物資－防護裝備查核作業說明」之查核項目與說明，調查醫院是否提供醫護人員符合國家標準之口罩，其中外科口罩應符合 CNS 14774「醫用面(口)罩」(等同或以上)之性能規格，並領有醫療器材第二等級許可證，另 N95 等級(含)以上口罩應符合 CNS14755「拋棄式防塵口罩」D2 等級或美國 NIOSH 認證 N95 等級或符合歐規 EN149:2001 認證 FFP2 等級(等同或以上)，並領有醫療器材第一等級許可證。</p>	衛署(部)醫器製字第***號；	衛署(部)醫器輸字第****號；	衛署(部)醫器陸輸字第***號；	衛署(部)醫器製壺字第****號；	衛署(部)醫器輸壺字第***號；	衛署(部)醫器陸輸壺字第**號；
衛署(部)醫器製字第***號；	衛署(部)醫器輸字第****號；									
衛署(部)醫器陸輸字第***號；	衛署(部)醫器製壺字第****號；									
衛署(部)醫器輸壺字第***號；	衛署(部)醫器陸輸壺字第**號；									
可	4.7	建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制	<p>符合項目：</p> <p>1. 訂有於流感疫情高峰期間實施急診類流感病人分流分治之機制。</p> <p>[註]</p> <p>未設有急診者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>醫院訂有流感疫情高峰期間之急診類流感病人分流分治之規範即認定為達成。(符合)</p>	<p>1. 有關評分說明符合項目之說明如下：</p> <p>(1) 醫院訂定有流感疫情高峰期間之急診類流感病人分流分治機制，並視需要啟動。</p> <p>(2) 分流係指引導急診類流感病人分室診治之措施，分治之規格不設限(如於急診內另設診療空間或開設類流感特別門診等)。</p> <p>(3) 醫院訂定有相關分流分治之規範即認定為達成。</p>						
	4.8	醫療機構之肝炎預防措施	<p>符合項目：</p> <p>1. 遵守安全注射行為，如：同 1 件輸液用品不可使用於不同病人，儘量使用單一劑量包裝的注射藥品。</p> <p>2. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；</p>	<p>1. 評分說明符合項目 1</p> <p>(1) 「安全注射行為」並非僅限於本項評分說明內容，相關建議應參考本署公布之「標準防護措施」建議之安全的注射行為措施。</p> <p>(2) 安全注射行為範例所指之「輸液用品」與「注</p>						

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。</p> <p>3. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。</p> <p>4. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。</p> <p>5. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測及急性病毒性肝炎通報機制，異常者有追蹤處置。</p> <p>【註】 醫院未設透析單位免評符合項目 2、3、4、5。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 透析室醫護人員 B、C 肝炎檢查紀錄及未感染員工 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。(符合)</p> <p>2. 透析機器之消毒紀錄。(符合)</p> <p>3. 門診透析病人肝炎相關監測紀錄。(符合)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】 符合項目：</p> <p>1. 遵守安全注射行為，如：同 1 件輸液用品不可使用於不同病人，儘量使用單一劑量包裝的注射藥品。</p> <p>2. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。</p>	<p>射藥品」說明如下：「輸液用品」包含注射針筒、注射針、套管、輸液和輸液組件(如靜脈軟袋、導管和轉接器)等品項；「注射藥品」則泛指經由注射途徑提供之所有輸液及藥品。</p> <p>2. 評分說明符合項目 2 所提之「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。</p> <p>3. 評分說明符合項目 2 及符合項目 5 所提「定期」，指每年至少 1 次。</p> <p>4. 有關評分說明符合項目 3 說明如下：</p> <p>(1)本項所提「分區」定義係為：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。</p> <p>(2)本項所提「集中照護」定義係為：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>(3)單向血液透析儀器(single-pass dialysis machine)內部管路應依儀器使用說明，於每班(至少每日)治療結束後進行高溫消毒(heat disinfection)或化學消毒(chemical disinfection)；透析液循環使用的機器(recirculating machine)則應依儀器使用說明於每班之間皆進行適當消毒。但針對 B、C 型肝炎病人所使用之機器，應於每次治療結束後依儀器使用說明清潔消毒透析儀器內部管路，始符合本項要求。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。</p> <p>4. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。</p> <p>[註] 醫院未設透析單位免評符合項目 2、3、4。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 透析室醫護人員 B、C 型肝炎檢查紀錄及未感染員工 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。(符合)</p> <p>2. 透析機器之消毒紀錄。(符合)</p>	<p>5. 評分說明符合項目 4，係指所有接受透析治療的病人於治療結束後，都應先完成病人照護區環境清潔消毒，才可提供給下一位病人使用。有關病人照護區之環境清潔消毒作業，<u>除訂有透析環境清潔消毒相關作業流程，病人照護區之每班環境清潔消毒範圍至少須包含透析機表面、透析椅/床、桌子、清空垃圾等。採用化學消毒劑擦拭消毒照護區，擦拭後表面濕度應達該消毒劑有效消毒濃度及時間，(如一般病人環境以 500 ppm (1:100 稀釋) 漂白水濕度擦拭後停留至少 1 分鐘；帶有多重抗藥性細菌、困難梭狀桿菌的病人環境，漂白水需提高有效消毒濃度至 1000 ppm (1:50 稀釋)。</u>建議於實地查核時請院方提供相關作業流程文件供參。</p> <p>6. 評分說明符合項目 5，建議於實地查核時請院方說明發現 HBs Ag 或 anti-HCV Ab 陽轉個案的通報與處理機制；並請輔導醫院依循法定傳染病通報定義，進行急性病毒性 B、C 型肝炎的個案通報。</p>
	5	員工保護措施		
	5.1	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落	<p>符合項目：</p> <p>1. 訂有並執行醫療照護人員預防接種措施，如：B 型肝炎與流感疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應施行 B 型肝炎疫苗接種。</p> <p>2. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有</p>	<p>1. 評分說明符合項目-1「訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施」，係指醫院有落實 B 型肝炎與季節性流感疫苗之接種，季節性流感疫苗接種率應達 80% (含) 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為 106 年 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		實執行	<p>體溫異常追蹤及處理機制。</p> <p>3. 每年至少 90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部 X 光檢查,並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。</p> <p>4. 對於因暴露於傳染病人而有遭受感染風險疑慮之醫療照護人員,醫院應立即為該員進行緊急處理,給予必要預防感染藥物,並列管追蹤。</p> <p>優良項目:(達成符合項目,且下述項目需全部達成)</p> <p>1. 胸部 X 光檢查達成率達 95%以上。</p> <p>2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因,避免或減少類似事件發生。</p> <p>3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施,其中應包括 MMR 預防接種,如:高風險單位、新進人員須優先完成接種;新進人員應提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄。</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <p>1. 體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合)</p> <p>2. 胸部 X 光檢查達成率、胸部 X 光檢查異常的追蹤及處理紀錄。(符合/優良)</p> <p>3. 醫療照護人員預防接種紀錄(如:B 型肝炎與流感疫苗接種、MMR 疫苗接種紀錄)。(符合/優良)</p> <p>員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合)</p>	<p>以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工),並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員,分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>2. 評分說明符合項目-2「訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫,並有異常追蹤及處理機制」,其內容呈現於院內工作手冊或感染管制網頁上且定期更新者均得認定。</p> <p>3. 有關評分說明符合項目 3 及優良項目 1 之說明如下:</p> <p>(1)須接受胸部 X 光檢查之其他常駐工作人員包括病房書記、清潔人員、傳送人員、掛號人員及批價人員。</p> <p>(2)「常駐工作人員」係指在該院累計駐達 3 個月以上之人員,非實際工作天數之累計,實習學生需於到院實習前提供相關體檢報告以茲證明。</p> <p>(3)X 光檢查紀錄可認計過去任職醫院之檢查,唯須提供期限內之報告,上述所提之報告係指一年內檢查結果始符合要求。</p> <p>4. 評分說明優良項目 3 所提「依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施」,本項至少應有 MMR 之預防接種執行情形(提供辦理高風險單位及新進人員之 MMR 疫苗接種或麻疹、德國麻疹抗體陽性證明等紀錄)。</p> <p>(1)依據我國「成人預防接種建議時程表」附註 2-(2),「對於不具有麻疹或德國麻疹抗體陽性</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>證明的醫療照護人員，建議應接種 2 劑麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)，且間隔至少 4 週。」；另「優先針對 1981 年(含)以後出生之醫護人員，未持有相關疾病之抗體陽性證明者，得接種 1 劑 MMR 疫苗。」之內容，則列於醫護人員相關接種建議備註項，鼓勵醫療院所能即日起針對高危險族群之員工立即推動。</p> <p>(2) 針對不具有麻疹或德國麻疹抗體陽性證明或 2 劑 MMR 疫苗接種紀錄之高風險單位人員及全院新進人員，本項暫以：1981 年(含)以後出生者有接種 MMR 疫苗即符合要求，1980 年(含)以前出生者仍須完成 2 劑 MMR 疫苗。</p> <p>(3) 本項所提之「高風險單位」係指兒科、婦產科、感染科及急診；「新進人員」範圍至少包括第一線會接觸到病人的所有新進醫療照護工作人員，包括醫師、護理人員、醫事放射人員、檢驗技術人員、藥師、復健治療人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員、放射技術人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。</p>
	5.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含	<p>符合項目：</p> <p>1. 執行肌肉、皮下或皮內注射、進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施及依據傳播風險採取適當的感染管制對策。</p>	<p>1. 評分說明符合項目 1「進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體」、符合項目 2「工作人員應依其風險穿戴個人防護裝備」及符合項目 3「工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟」，其處理步驟與個人防護裝備等相關內</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		<p>切傷等其他出血)訂有作業流程</p>	<p>2. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴個人防護裝備，如：面罩、眼罩 (eye-shield) 或護眼鏡 (goggles)、隔離衣 (必要時要有防水) 等。</p> <p>3. 各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品處理步驟。</p> <p>4. 應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速依「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。</p> <p>5. 對尖銳物品扎傷個案應有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因與追蹤機制，確實執行。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 醫院針對預防員工發生尖銳物品扎傷及血液體液暴觸事件所採取之措施。(符合)</p> <p>2. 尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合)</p> <p>3. 員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄。(符合)</p> <p>4. 血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(符合)</p>	<p>容，需於院內工作手冊或感染管制網頁上呈現；實地查核時亦可詢問工作人員以確認其瞭解。</p> <p>2. 評分說明符合項目 3</p> <p>(1) 實地查核時勿僅以「針頭、針筒不得分開丟棄」做為評量工作人員是否了解尖銳物品廢棄物處理流程之依據。</p> <p>(2) 若受查醫院為特殊醫療單位 (例如：提供針頭予毒癮戒斷病人) 之情形，則須有教導病人安全處理針類廢棄物之衛教 (例如：提供衛教單張或相關衛教紀錄)，若無相關證明，請於意見欄中給予建議。</p> <p>3. 有關評分說明符合項目 4</p> <p>(1) 若受查醫院非「愛滋病指定醫院」，應輔導其訂定轉介流程及時效性。</p> <p>(2) 各醫院皆應自行訂定 HIV 針扎、體液暴觸之相關費用支付與請假流程，並依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」辦理，且於事發後 6 個月內函文檢具下列資料，向疾病管制署申請預防性用藥之費用補助：</p> <p>a. 申請單位之領據</p> <p>b. 醫療費用收據正本 (應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)</p> <p>c. 費用明細</p> <p>d. 病歷摘要</p> <p>e. 事發過程描述紀錄</p> <p>f. 醫事、警消等人員因執行業務意外暴露愛滋病毒通報單及針扎血液追蹤紀錄單</p>

附件 3、107 年度醫院感染管制查核作業查核基準及評分說明

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>(3) 「暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程與追蹤紀錄」應包括尖銳物品扎傷或血液體液暴露個案之相關費用申請、心理諮商與衛教、檢驗結果與醫療處置等後續追蹤管理處理流程與辦理情形。</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

107 年度醫院感染管制查核作業

醫院自評表

醫院名稱：（○○縣/市）

醫療機構代碼：

醫院院長：（請簽名）

單位主管：（請簽名）職稱：

聯絡人：（請簽名）職稱：

聯絡電話：

傳真號碼：

電子郵件信箱：

醫院評鑑/精神科醫院評鑑合格效期：_____年 ~ _____年
（ 本院未曾申請醫院評鑑，勾選本項者免填評鑑合格效期）

107 年是否申請醫院評鑑/精神科醫院評鑑： 是 否

填表日期：_____年 _____月 _____日

107 年度醫院感染管制查核項目與查核基準使用說明

- 一、本基準係由衛生福利部疾病管制署依據傳染病防治法第 32 條第 2 項規定訂定，查核項目乃依據醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第 16 條規範之範圍研擬，經收集各界意見並送請衛生福利部傳染防治諮詢會「感染控制組」審閱後，於 107 年 2 月 22 日公告。
- 二、依醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第 2 條之規定，本查核基準適用醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構。
- 三、醫院感染管制查核應考量醫院個別情形，選擇適當的查核項目予以評量，106 年度查核項目共計 5 大項 22 項次，其中包含 6 項可選項目（Not Applicable），項目彙整如下表：

大項	項次數	可選項目 ^註
1. 落實執行感染管制措施	6	0
2. 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消	3	1
3. 落實抗生素抗藥性管理	3	3
4. 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	8	2
5. 員工保護措施	2	0
項目合計	22	6

註 1：可選項目計有 2.2、3.1、3.2、3.3、4.2、4.7 共 6 項次，依據該項評分說明中「本項免評」之條件予以認定查核評量之必須性。

註 2：本年度查核基準研修原則，係配合衛生福利部簡化衛生醫療業務評鑑/訪查/認證政策，並考量與醫院評鑑作業評量方式的一致性，將查核基準調整為 5 大項 22 細項；其中第 1 至 3 大項之基準名稱，完全對應 106 年醫院評鑑基準「2.7 章感染管制」條文，各細項條文（1.1-1.6、2.1-2.3、3.1-3.3 等 12 項次）則部分或完全對應醫院評鑑基準「2.7 章感染管制」條文項下評量項目之「符合項目」內容。

四、評量方式

醫院自我評量達成度（優良、符合、不符合），若不適用，則以本項免評表示。

填表說明

- 一、封面：填寫醫院基本資料，包含醫院名稱（含縣市別）、機構代碼、單位主管、聯絡人、聯絡方式等。
- 二、「醫院病床資料」欄位：呈現醫院病床設置概況。
- 三、「自評等級」欄位：參考醫院感染管制查核基準及評分說明，依醫院達成度（優良、符合、不符合）勾選該項成績或「本項免評」。
- 四、「執行狀況簡述」欄位：
 1. 每一受查項目均需依序填寫，惟「自評等級」欄位勾選『本項免評』之項目可不需填寫。
 2. 針對該項之執行現況進行簡單描寫「#」，以不超過 500 字為原則。
 3. 部分欄位需填入相關數據資料「*」（如：系統稽核資料、人力配置等），並以 106 年 1 月至 106 年 12 月間之資料為填報基礎。
 4. 另查核項次 1.6 所需填報之數據，可參考附件 1 操作說明進行查詢；項次 3.3 多重抗藥性相關資料可參考附件 2~3 操作進行通報；項次 4.3 及 4.4 所需填報之數據，可參考附件 4~5 操作說明進行查詢；項次 4.6 有關合格口罩請醫院於實地查核時提供之資料範例可參考附件 6：
附件 1、院內感染監視通報系統（TNIS）通報情形查詢方式說明（配合查核項次 1.6）
附件 2、實驗室菌株統計通報及查詢作業說明（配合查核項次 3.3）
附件 3、傳染病個案通報系統通報操作說明（配合查核項次 3.3）
附件 4、結核病通報及列管中個案系統查詢參考步驟說明（配合查核項次 4.3 及 4.4）
附件 5、列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保專案管理之比率查詢參考步驟說明（配合查核項次 4.3）
附件 6、符合國家標準 CNS14774 之檢測報告範例、醫療器材第一等級及第二等級許可證範例（配合查核項次 4.6）
***附件 1~6 僅供填表時參考，不需與醫院自評表一併交回。**
- 五、「附表一、醫院前次查核改善意見一覽表」：對應項次 1.1，填入前次查核（非複查或追蹤輔導）改善意見對應之「項次」、「意見內容」、「改善狀況」、「改善情形」。106 年度評鑑醫院請說明 105 年查核建議事項及 106 年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。
- 六、「附表二、醫院感染管制聘請他院之兼任人力資料」：對應項次 1.2，若有聘請他院之兼任人力，請填入院內相關感管兼任人力資訊。

- 七、「附表三、106 年全院手部衛生內部稽核統計結果」：依實際執行情形，填寫「手部衛生機會數」、「手部衛生行動/步驟」、「手部衛生時機數」等稽核資料。
- 八、「附表四、106 年 1 月-106 年 12 月院內感染群突發事件統計表」：對應項次 1.6，分別以「事件/病原別」、「單位別」進行 106 年 1 月-106 年 12 月間院內感染群突發事件之案件數統計，並綜述相關「改善措施及成果」。
- 九、作業時程：請醫院查核窗口登入 TNIS 系統-感染管制查核作業系統，原則上於 107 年 5 月 27 日前完成醫院自評表填寫，上傳予轄屬衛生局進行確認；惟資料上傳截止日期依轄屬衛生局規定為準。

醫院病床資料

一般病床設置	<input type="checkbox"/> 急性一般病床 _____ 床 <input type="checkbox"/> 精神急性一般病床 <input type="checkbox"/> 慢性一般病床 <input type="checkbox"/> 精神慢性一般病床 <input type="checkbox"/> 慢性結核病床 <input type="checkbox"/> 漢生病病床
特殊病床	<input type="checkbox"/> 加護病床 <input type="checkbox"/> 燒傷病床 <input type="checkbox"/> 急診觀察病床 <input type="checkbox"/> 其他觀察病床 <input type="checkbox"/> 嬰兒病床 <input type="checkbox"/> 手術恢復床 <input type="checkbox"/> 嬰兒床 <input type="checkbox"/> 血液透析床 <input type="checkbox"/> 安寧病床 <input type="checkbox"/> 呼吸病床 <input type="checkbox"/> 急性結核病床 <input type="checkbox"/> 精神科加護病床 <input type="checkbox"/> 產科病床 <input type="checkbox"/> 腹膜透析病床 <input type="checkbox"/> 亞急性呼吸照護病床 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸照護病床
其他相關設備	<input type="checkbox"/> 手術台 <input type="checkbox"/> 產台 <input type="checkbox"/> 牙科治療台 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護 <input type="checkbox"/> 日間照護人數 <input type="checkbox"/> 診療室

*請勾選醫院之病床設置

醫院自評結果

96

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)												
1	落實執行感染管制措施														
1.1	成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*感染管制會每____個月召開會議一次 *貴院是否為第一次接受醫院感染管制查核？ <input type="radio"/> 是，附表一免填。 <input type="radio"/> 否，請填寫「附表一、醫院前次查核改善意見一覽表」。 (106 年度評鑑之醫院，請說明 105 年查核建議事項及 106 年評鑑之感染管制相關建議事項辦理情形) #本項執行狀況簡述：												
1.2	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*開放總病床數_____床 *感染管制作業「醫師」人力及學分統計：(若無請填寫「0」) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">感染管制作業「醫師」人力</th> <th style="text-align: center;">人數</th> <th style="text-align: center;">一年內感管訓練 累計學分≥20 者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>專任 院內聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>兼任 (兼任專科醫師相關資料請填入附表二) 聘請他院接受感染症醫學訓練之專科醫師</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>院內負責感管業務醫師，但未具感染症專科醫師資格</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </tbody> </table>	感染管制作業「醫師」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20 者	專任 院內聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師	人	人	兼任 (兼任專科醫師相關資料請填入附表二) 聘請他院接受感染症醫學訓練之專科醫師	人	人	院內負責感管業務醫師，但未具感染症專科醫師資格	人	人
感染管制作業「醫師」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20 者													
專任 院內聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師	人	人													
兼任 (兼任專科醫師相關資料請填入附表二) 聘請他院接受感染症醫學訓練之專科醫師	人	人													
院內負責感管業務醫師，但未具感染症專科醫師資格	人	人													

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																											
			<p>註:接受感染症醫學訓練之專科醫師係指具有經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格之專科醫師</p> <p>*感染管制作業「護理人員」人力及學分統計:(若無請填寫「0」)</p> <table border="1" data-bbox="887 325 1879 874"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 325 1496 411">感染管制作業「護理人員」人力</th> <th data-bbox="1496 325 1664 411">人數</th> <th data-bbox="1664 325 1879 411">一年內感管訓練 累計學分≥20者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 411 1496 539">專任 院內聘有感染管制護理人員,全職負責執行感染管制業務</td> <td data-bbox="1496 411 1664 539">人</td> <td data-bbox="1664 411 1879 539">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 539 1496 667">兼任(兼任感染管制護理師相關資料請填入附表二) 聘請他院感染管制護理人員,協助推行感染管制相關業務</td> <td data-bbox="1496 539 1664 667">人</td> <td data-bbox="1664 539 1879 667">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 667 1496 794">專責 院內聘有感染管制護理人員,除負責執行感染管制業務外,並兼辦臨床護理工作</td> <td data-bbox="1496 667 1664 794">人</td> <td data-bbox="1664 667 1879 794">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 794 1496 874">院內負責感染管制業務護理人員,但未具感染管制護理人員資格</td> <td data-bbox="1496 794 1664 874">人</td> <td data-bbox="1664 794 1879 874">人</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:感染管制護理人員:係指具有經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士</p> <p>*院內「醫檢人員」人力及學分統計:(若無請填寫「0」)</p> <table border="1" data-bbox="887 970 1879 1394"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 970 1496 1056">「醫檢人員」人力</th> <th data-bbox="1496 970 1664 1056">人數</th> <th data-bbox="1664 970 1879 1056">一年內感管訓練 累計學分≥20者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1056 1496 1184">專任 院內聘有感染管制醫檢人員全職辦理感染管制相關業務</td> <td data-bbox="1496 1056 1664 1184">人</td> <td data-bbox="1664 1056 1879 1184">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1184 1496 1311">專責 院內聘有感染管制醫檢人員協助推行感染管制相關業務,兼辦臨床檢驗工作</td> <td data-bbox="1496 1184 1664 1311">人</td> <td data-bbox="1664 1184 1879 1311">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1311 1496 1394">院內負責/協助感染管制業務之醫檢人員,但未具感染管制醫檢人員資格</td> <td data-bbox="1496 1311 1664 1394">人</td> <td data-bbox="1664 1311 1879 1394">人</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:感染管制醫檢人員:係指具有經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)</p>	感染管制作業「護理人員」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20者	專任 院內聘有感染管制護理人員,全職負責執行感染管制業務	人	人	兼任 (兼任感染管制護理師相關資料請填入附表二) 聘請他院感染管制護理人員,協助推行感染管制相關業務	人	人	專責 院內聘有感染管制護理人員,除負責執行感染管制業務外,並兼辦臨床護理工作	人	人	院內負責感染管制業務護理人員,但未具感染管制護理人員資格	人	人	「醫檢人員」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20者	專任 院內聘有感染管制醫檢人員全職辦理感染管制相關業務	人	人	專責 院內聘有感染管制醫檢人員協助推行感染管制相關業務,兼辦臨床檢驗工作	人	人	院內負責/協助感染管制業務之醫檢人員,但未具感染管制醫檢人員資格	人	人
感染管制作業「護理人員」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20者																												
專任 院內聘有感染管制護理人員,全職負責執行感染管制業務	人	人																												
兼任 (兼任感染管制護理師相關資料請填入附表二) 聘請他院感染管制護理人員,協助推行感染管制相關業務	人	人																												
專責 院內聘有感染管制護理人員,除負責執行感染管制業務外,並兼辦臨床護理工作	人	人																												
院內負責感染管制業務護理人員,但未具感染管制護理人員資格	人	人																												
「醫檢人員」人力	人數	一年內感管訓練 累計學分≥20者																												
專任 院內聘有感染管制醫檢人員全職辦理感染管制相關業務	人	人																												
專責 院內聘有感染管制醫檢人員協助推行感染管制相關業務,兼辦臨床檢驗工作	人	人																												
院內負責/協助感染管制業務之醫檢人員,但未具感染管制醫檢人員資格	人	人																												

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)															
				#本項執行狀況簡述：															
92	1.3	制訂及更新感染管制手冊，並辦理員工教育訓練，傳染病疫情，確實傳達及執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*有無因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病，如新型 A 型流感、伊波拉病毒感染及中東呼吸症候群冠狀病毒感染症等之防治教育訓練計畫，並依國際最新資訊修正內容。 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有，提供相關資料如下： <table border="1" data-bbox="875 459 1899 624"> <thead> <tr> <th>課程名稱</th> <th>課程總時數</th> <th>年度工作人員應受訓人數</th> <th>參加訓練人數</th> <th>訓練完成度百分比 (受訓人數/應受訓人數)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> (註：以上統計數據僅供收集醫院員工接受教育訓練之現況，數據不做為評分之依據，請詳實填寫。另應受訓人數由醫院自行訂定。) #本項執行狀況簡述：	課程名稱	課程總時數	年度工作人員應受訓人數	參加訓練人數	訓練完成度百分比 (受訓人數/應受訓人數)										
課程名稱	課程總時數	年度工作人員應受訓人數	參加訓練人數	訓練完成度百分比 (受訓人數/應受訓人數)															
	1.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*106 年院內是否辦理手部衛生稽核？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，請填寫附表三 *手部衛生稽核表採用： <input type="radio"/> 自行規劃之手部衛生稽核表 <input type="radio"/> 疾病管制署公布之手部衛生稽核表 #本項執行狀況簡述：															
	1.5	應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*院內是否張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或呼吸道症狀，請配戴口罩候診？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，張貼地點(可複選)： <input type="checkbox"/> 門診區域 <input type="checkbox"/> 急診區域 <input type="checkbox"/> 醫院入口處 *急診檢傷是否設有提示機制，輔助急診檢傷落實病人 TOCC 問診 <input type="radio"/> 未設置急診															

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
			<p>(*勾選此項之醫院規模，須低於醫療機構設置標準規定應設置急診室之條件)</p> <p><input type="radio"/>無提示機制</p> <p><input type="radio"/>有，機制啟動時機為<input type="radio"/>每位病人抵達檢傷時即詢問 <input type="radio"/>病人有疑似感染症狀或體溫量測有發燒後詢問</p> <p>執行方式為<input type="radio"/>資訊系統提醒 <input type="radio"/>其他方式，請說明：_____</p> <p>*急診檢傷分類站有無口罩提供機制：</p> <p><input type="radio"/>未設置急診 (*勾選此項之醫院規模，須低於醫療機構設置標準規定應設置急診室之條件)</p> <p><input type="radio"/>無提供機制</p> <p><input type="radio"/>有，機制如下：</p> <p><input type="checkbox"/>主動提供口罩(醫護人員主動將口罩發給有發燒或呼吸道症狀但未配戴口罩就診的病人) 請簡述提供方式：_____</p> <p><input type="checkbox"/>院內提供口罩販售服務</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*門診區有無口罩提供機制：</p> <p><input type="radio"/>無</p> <p><input type="radio"/>有，機制如下：</p> <p><input type="checkbox"/>主動提供口罩(醫護人員主動將口罩發給有發燒或呼吸道症狀但未配戴口罩就診的病人) 請簡述提供方式：_____</p> <p><input type="checkbox"/>院內提供口罩販售服務</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*有無因應照護不同狀況之病人辦理個人防護裝備 (PPE) 標準及教育訓練：</p> <p><input type="radio"/>無</p> <p><input type="radio"/>有，提供門診、急診、加護病房及負壓隔離病房等有 PPE 實務需求相關訓練資料如下：</p> <p>1.應受訓醫護人員數_____ (門診科別應含家醫科、內科、感染科、兒科等)</p> <p>2.實際參加 PPE 訓練人數_____</p> <p>3.訓練完成度百分比(即受訓人數/應受訓人數) _____</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)								
			#本項執行狀況簡述：								
1.6	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*貴院 106 年 1 月至 106 年 12 月間是否曾發生院內感染群突發事件？ <input type="radio"/> 否 (附表四免填) <input type="radio"/> 是，請填寫「附表四、106 年 1 月至 106 年 12 月醫療照護相關感染群突發事件統計表」 *組合式感染管制措施 (bundle intervention) 執行情形： <table border="1" data-bbox="887 497 1879 1412"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 497 1137 542">項目</th> <th data-bbox="1137 497 1879 542">組合式感染管制措施 (bundle intervention) 執行情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 542 1137 831">中央靜脈導管</td> <td data-bbox="1137 542 1879 831"> <input type="radio"/>106 年全院中心導管使用人日數為 0 <input type="radio"/>未執行 <input type="radio"/>有執行，執行範圍為： <input type="radio"/>全院執行 <input type="radio"/>部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/>加護病房 <input type="checkbox"/>一般病房 <input type="checkbox"/>RCC <input type="checkbox"/>RCW <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 831 1137 1120">存留導尿管</td> <td data-bbox="1137 831 1879 1120"> <input type="radio"/>106 年全院存留導尿管使用人日數為 0 <input type="radio"/>未執行 <input type="radio"/>有執行，執行範圍為： <input type="radio"/>全院執行 <input type="radio"/>部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/>加護病房 <input type="checkbox"/>一般病房 <input type="checkbox"/>RCC <input type="checkbox"/>RCW <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1120 1137 1412">呼吸器</td> <td data-bbox="1137 1120 1879 1412"> <input type="radio"/>106 年全院呼吸器使用人日數為 0 <input type="radio"/>未執行 <input type="radio"/>有執行，執行範圍為： <input type="radio"/>全院執行 <input type="radio"/>部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/>加護病房 <input type="checkbox"/>一般病房 <input type="checkbox"/>RCC <input type="checkbox"/>RCW <input type="checkbox"/>其他：_____ </td> </tr> </tbody> </table>	項目	組合式感染管制措施 (bundle intervention) 執行情形	中央靜脈導管	<input type="radio"/> 106 年全院中心導管使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____	存留導尿管	<input type="radio"/> 106 年全院存留導尿管使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____	呼吸器	<input type="radio"/> 106 年全院呼吸器使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____
項目	組合式感染管制措施 (bundle intervention) 執行情形										
中央靜脈導管	<input type="radio"/> 106 年全院中心導管使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____										
存留導尿管	<input type="radio"/> 106 年全院存留導尿管使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____										
呼吸器	<input type="radio"/> 106 年全院呼吸器使用人日數為 0 <input type="radio"/> 未執行 <input type="radio"/> 有執行，執行範圍為： <input type="radio"/> 全院執行 <input type="radio"/> 部分單位執行 (請選擇單位/可複選) <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> RCW <input type="checkbox"/> 其他：_____										

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				<p>*是否參加台灣院內感染監視資訊系統 (TNIS) 通報? <input type="radio"/> 否, 可直接跳填「#本項執行狀況簡述」 <input type="radio"/> 是 (請續答)</p> <p>*是否有設置加護病房? <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</p> <p>*106 年 1-12 月醫療照護相關感染通報情形 (查詢方式如附件 1): 個案檢體菌株通報完整率: _____ % 住院人日數月維護資料通報完整率: _____ % 導尿管使用人日數實際通報完整率: _____ % 中心導管使用人日數實際通報完整率: _____ % 呼吸器使用人日數實際通報完整率: _____ %</p> <p>#本項執行狀況簡述:</p>
95	2	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消		
	2.1	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	<p>*院內是否設置內視鏡室: <input type="radio"/> 未設置 <input type="radio"/> 有設置</p> <p>*目前院內是否全面使用拋棄式衛材等物品: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (請續填消毒滅菌方式) *目前執行衛材等物品之消毒滅菌方式為: <input type="checkbox"/> 業務外包 <input type="checkbox"/> 自行執行 (請續填下列問題) *請選擇所使用的滅菌鍋 (可複選): <input type="checkbox"/> 桌上型高壓蒸氣滅菌鍋 (鍋腔小於 2 立方英尺) <input type="checkbox"/> 鍋腔大於 2 立方英尺的高壓蒸氣滅菌鍋 <input type="checkbox"/> 電漿鍋 <input type="checkbox"/> 環氧乙烷低溫滅菌鍋</p> <p>*院內是否備有快消式高壓蒸氣滅菌鍋(快消模式滅菌鍋, IUSS)</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				<p>○否 ○是，請續填下列問題 *是否訂有使用管理機制？ ○否 ○是，請於實地查核時提供相關文件及使用紀錄備查</p> <p>#本項執行狀況簡述：</p>
可	2.2	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	<p>○優良 ○符合 ○不符合 ○本項免評：精神科醫院，或未自行執行衛材與器械之消毒/滅菌之醫院</p>	#本項執行狀況簡述：
96	2.3	落實環境清潔消毒及管理	<p>○優良 ○符合 ○不符合</p>	<p>*是否針對醫療環境清潔工作訂有管理機制？ ○否，未訂定 ○有（可複選）：<input type="checkbox"/>訂有標準作業流程 <input type="checkbox"/>訂有稽核檢查表 <input type="checkbox"/>訂有清潔工作人員教育訓練與測驗機制 <input type="checkbox"/>其他(請說明)：_____</p> <p>*是否定期稽核醫療環境清潔工作執行情形？ ○否，未辦理定期稽核 ○有，請續答以下問題 *負責執行稽核人員包括(可複選)： <input type="checkbox"/>病房護理長/護理師 <input type="checkbox"/>醫院內負責管理委外清潔工作人員 <input type="checkbox"/>外包清潔公司管理人員 <input type="checkbox"/>其他(請說明)：_____</p> <p>*稽核方式包括(可複選)： <input type="checkbox"/>現場觀察工作人員依據標準作業流程執行環境清潔消毒工作的遵從性 <input type="checkbox"/>使用肉眼觀察法進行稽核 <input type="checkbox"/>使用總菌落數法進行稽核</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																				
			<p> <input type="checkbox"/>使用螢光標示法進行稽核 <input type="checkbox"/>使用 ATP 冷光反應檢測法稽核 <input type="checkbox"/>其他(請說明)：_____ </p> <p> *院內是否設置以下單位： <input type="radio"/>否，未設置 <input type="radio"/>有設置 (可複選)：<input type="checkbox"/>氣管鏡室 <input type="checkbox"/>肺功能室 <input type="checkbox"/>牙科診間 </p> <p> *106 年是否曾經進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測作業： <input type="radio"/>否，106 年未曾進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測 <input type="radio"/>是，執行原因為何：(可複選) <input type="checkbox"/>配合進行疫情調查 <input type="checkbox"/>院內常規例行性檢測，請簡述 106 年的例行性檢測執行情形： </p> <table border="1" data-bbox="958 687 2024 1410"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="958 687 1939 730">高風險區域 (加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住區域)</th> <th data-bbox="1939 687 2024 730"></th> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="958 730 1939 774">○本院未設有上述高風險區域</th> <th data-bbox="1939 730 2024 774"></th> </tr> <tr> <th data-bbox="958 774 1122 906">採檢日期</th> <th data-bbox="1122 774 1272 906">採檢地點</th> <th data-bbox="1272 774 1760 906">檢驗結果 (請勾選有採檢的系統進行填寫，可複選)</th> <th data-bbox="1760 774 2024 906">有檢出陽性者，簡述後續處理作為</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="958 906 1122 1158"></td> <td data-bbox="1122 906 1272 1158"></td> <td data-bbox="1272 906 1760 1158"> <input type="radio"/>冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/>熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/>冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件 </td> <td data-bbox="1760 906 2024 1158"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="958 1158 1122 1410"></td> <td data-bbox="1122 1158 1272 1410"></td> <td data-bbox="1272 1158 1760 1410"> <input type="radio"/>冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/>熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/>冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件 </td> <td data-bbox="1760 1158 2024 1410"></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="958 1410 2024 1457">非高風險區域</p>	高風險區域 (加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住區域)				○本院未設有上述高風險區域				採檢日期	採檢地點	檢驗結果 (請勾選有採檢的系統進行填寫，可複選)	有檢出陽性者，簡述後續處理作為			<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件				<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件	
高風險區域 (加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住區域)																							
○本院未設有上述高風險區域																							
採檢日期	採檢地點	檢驗結果 (請勾選有採檢的系統進行填寫，可複選)	有檢出陽性者，簡述後續處理作為																				
		<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件																					
		<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件， 檢出陽性____件																					

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

86

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)													
			採檢日期	採檢地點	檢驗結果 (請勾選有採檢的系統進行填寫,可複選)	有檢出陽性者,簡述後續處理作為										
					<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 (陽性率：____%) <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 (陽性率：____%) <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件 檢出陽性____件 (陽性率：____%)											
					<input type="radio"/> 冷水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 (陽性率：____%) <input type="radio"/> 熱水系統：採集樣本____件， 檢出陽性____件 (陽性率：____%) <input type="radio"/> 冷熱水混合：採集樣本____件 檢出陽性____件 (陽性率：____%)											
註：相同供水系統同一採檢批次的不同採檢地點請合併在同一列填寫，格式不足可自行複製。 #本項執行狀況簡述：																
3	落實抗生素抗藥性管理															
可	3.1 抗生素管理計畫之領導與責任	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評：精神科醫院無抗生素藥物品	*請詳列抗生素管理小組成員資料： <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">管理小組 身份</th> <th style="width:15%;">姓名</th> <th style="width:15%;">職類^註</th> <th style="width:15%;">職稱</th> <th style="width:15%;">備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主席</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註	主席				
管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註												
主席																

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																																								
		項者，可自選本項免評。	<table border="1" data-bbox="949 196 2045 480"> <thead> <tr> <th data-bbox="949 196 1128 480">成員</th> <th data-bbox="1128 196 1308 480"></th> <th data-bbox="1308 196 1487 480"></th> <th data-bbox="1487 196 1666 480"></th> <th data-bbox="1666 196 1845 480"></th> <th data-bbox="1845 196 2045 480"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="887 485 1962 520">【註】 職類：係填列醫師、藥師、醫檢師、護理師、資訊人員及其他等職別。</p> <p data-bbox="875 563 1603 598">*醫院為 49 床以下且未設檢驗設備及醫事檢驗人員：</p> <p data-bbox="887 603 958 683"> <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 </p> <p data-bbox="875 724 1471 759">*抗生素管理小組每____個月召開會議一次</p> <p data-bbox="875 802 2107 882">*是否每半年至少辦理 1 次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次？</p> <p data-bbox="887 887 958 967"> <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 </p> <p data-bbox="875 1008 2101 1043">*是否訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援？</p> <p data-bbox="887 1048 958 1128"> <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，請於實地查核時提供相關文件備查，並續填下列問題 </p> <p data-bbox="927 1133 1966 1168">*是否依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容？</p> <p data-bbox="947 1173 1019 1252"> <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 </p> <p data-bbox="927 1257 1547 1292">*是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容？</p> <p data-bbox="947 1297 1019 1377"> <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 </p>					成員																																			
成員																																											

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)												
				#本項執行狀況簡述：												
可	3.2	抗生素使用監測管理機制 ○優良 ○符合 ○不符合 ○本項免評：精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。		<p>*是否醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料？</p> <p>○否 ○是</p> <p>*是否對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析？</p> <p>○否 ○是（請續填頻率、單位、統計方式及類別）</p> <p>*頻率（可複選）：<input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每月 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*單位（可複選）：<input type="checkbox"/>全院 <input type="checkbox"/>住院 <input type="checkbox"/>急診 <input type="checkbox"/>門診 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*統計方式（可複選）：<input type="checkbox"/>DDD <input type="checkbox"/>DID <input type="checkbox"/>抗生素使用率 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*類別（可複選）：<input type="checkbox"/>依品項 <input type="checkbox"/>依類別 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*是否定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載？</p> <p>○否 ○是，項目（可複選）：<input type="checkbox"/>非管制性抗生素 <input type="checkbox"/>管制性抗生素 <input type="checkbox"/>手術預防性抗生素 <input type="checkbox"/>門診抗生素 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*有關病人非管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？</p> <p>○否 ○是（請續填下列項目）</p> <table border="1" data-bbox="887 1106 2042 1414"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 1106 1778 1193">非管制性抗生素使用情形</th> <th data-bbox="1778 1106 2042 1193">是否建立機制，防範左列情形發生</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1193 1778 1235">(1) <u>重症病人</u>無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。</td> <td data-bbox="1778 1193 2042 1235">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1235 1778 1276">(2) 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。</td> <td data-bbox="1778 1235 2042 1276">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1276 1778 1318">(3) 未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。</td> <td data-bbox="1778 1276 2042 1318">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1318 1778 1359">(4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。</td> <td data-bbox="1778 1318 2042 1359">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1359 1778 1414">(5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。</td> <td data-bbox="1778 1359 2042 1414">○否 ○是</td> </tr> </tbody> </table>	非管制性抗生素使用情形	是否建立機制，防範左列情形發生	(1) <u>重症病人</u> 無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	○否 ○是	(2) 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。	○否 ○是	(3) 未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。	○否 ○是	(4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	○否 ○是	(5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	○否 ○是
非管制性抗生素使用情形	是否建立機制，防範左列情形發生															
(1) <u>重症病人</u> 無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	○否 ○是															
(2) 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。	○否 ○是															
(3) 未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。	○否 ○是															
(4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	○否 ○是															
(5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	○否 ○是															

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																						
			<p>*有關病人管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 (請續填下列項目)</p> <table border="1" data-bbox="887 323 2042 627"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 323 1778 411">管制性抗生素使用情形</th> <th data-bbox="1778 323 2042 411">是否建立機制，防範左列情形發生</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 411 1778 496">(1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。</td> <td data-bbox="1778 411 2042 496"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 496 1778 539">(2) 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。</td> <td data-bbox="1778 496 2042 539"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 539 1778 582">(3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。</td> <td data-bbox="1778 539 2042 582"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 582 1778 627">(4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。</td> <td data-bbox="1778 582 2042 627"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> </tbody> </table> <p>*有關病人手術預防性抗生素使用之情形，是否建立下列機制？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 (請續填下列項目)</p> <table border="1" data-bbox="887 791 2042 1225"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 791 1778 834">手術預防性抗生素使用情形</th> <th data-bbox="1778 791 2042 834">是否建立左列機制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 834 1778 963">(1) 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)。</td> <td data-bbox="1778 834 2042 963"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 963 1778 1048">(2) 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。</td> <td data-bbox="1778 963 2042 1048"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1048 1778 1091">(3) 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。</td> <td data-bbox="1778 1048 2042 1091"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1091 1778 1176">(4) 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。</td> <td data-bbox="1778 1091 2042 1176"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1176 1778 1225">(5) 手術中視必要(考慮藥品動態學)追加抗生素。</td> <td data-bbox="1778 1176 2042 1225"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> </tbody> </table> <p>*有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 (請續填下列項目)</p>	管制性抗生素使用情形	是否建立機制，防範左列情形發生	(1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(2) 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	手術預防性抗生素使用情形	是否建立左列機制	(1) 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(2) 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(3) 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(4) 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	(5) 手術中視必要(考慮藥品動態學)追加抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
管制性抗生素使用情形	是否建立機制，防範左列情形發生																								
(1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(2) 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
手術預防性抗生素使用情形	是否建立左列機制																								
(1) 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(2) 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(3) 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(4) 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								
(5) 手術中視必要(考慮藥品動態學)追加抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是																								

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																
			<table border="1" data-bbox="887 197 2042 459"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 197 1778 245">門診抗生素使用情形</th> <th data-bbox="1778 197 2042 245">是否建立左列機制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 245 1778 287">(1) 有需要才用抗生素;使用抗生素時,病歷上應說明用藥理由。</td> <td data-bbox="1778 245 2042 287">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 287 1778 328">(2) 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</td> <td data-bbox="1778 287 2042 328">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 328 1778 411">(3) 抗生素使用種類及劑量合理,並有考慮病人體重及肝腎機能。</td> <td data-bbox="1778 328 2042 411">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 411 1778 459">(4) 抗生素使用期間合理,如有異常時,應於病歷上說明。</td> <td data-bbox="1778 411 2042 459">○否 ○是</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="887 501 1494 533">*是否有評估病人抗生素使用適當性之機制?</p> <p data-bbox="887 544 956 576">○否</p> <p data-bbox="887 584 1391 616">○是 (請續填評估者、方式及項目)</p> <p data-bbox="922 627 2119 659">*評估者 (可複選): <input type="checkbox"/> 感染科醫師 <input type="checkbox"/> 其他指定醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p data-bbox="922 667 1951 699">*方式 (可複選): <input type="checkbox"/> 使用前審查 <input type="checkbox"/> 使用後審查 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p data-bbox="922 707 1906 866">*項目 (可複選): <input type="checkbox"/> 適應症 <input type="checkbox"/> 細菌培養結果 <input type="checkbox"/> 藥品過敏史 <input type="checkbox"/> 肝腎功能及相關檢驗數據 <input type="checkbox"/> 劑量 <input type="checkbox"/> 頻次 <input type="checkbox"/> 天數 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 輸注速度 <input type="checkbox"/> 交互作用 <input type="checkbox"/> 禁忌症 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p data-bbox="887 914 2101 946">*是否對抗生素不合理使用之情況回饋臨床醫師或科部,並提出改善措施,且確實執行?</p> <p data-bbox="887 957 956 989">○否</p> <p data-bbox="887 997 1883 1029">○是,請簡述執行情形: _____</p> <p data-bbox="887 1077 1868 1109">*是否設置抗生素檢核資訊系統,於醫師開立抗生素處方時有提醒機制?</p> <p data-bbox="887 1120 956 1152">○否</p> <p data-bbox="887 1160 1951 1192">○是,檢核及提醒機制說明為: _____</p> <p data-bbox="887 1240 1814 1272">*是否對所有類別抗生素不合理使用之情況,有具體改善成效呈現?</p> <p data-bbox="887 1283 956 1315">○否</p> <p data-bbox="887 1323 956 1355">○是</p> <table border="1" data-bbox="887 1362 1877 1481"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 1362 1247 1410">項目</th> <th data-bbox="1247 1362 1877 1410">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1410 1247 1442"></td> <td data-bbox="1247 1410 1877 1442"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1442 1247 1481"></td> <td data-bbox="1247 1442 1877 1481"></td> </tr> </tbody> </table>	門診抗生素使用情形	是否建立左列機制	(1) 有需要才用抗生素;使用抗生素時,病歷上應說明用藥理由。	○否 ○是	(2) 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○否 ○是	(3) 抗生素使用種類及劑量合理,並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是	(4) 抗生素使用期間合理,如有異常時,應於病歷上說明。	○否 ○是	項目	改善情形				
門診抗生素使用情形	是否建立左列機制																		
(1) 有需要才用抗生素;使用抗生素時,病歷上應說明用藥理由。	○否 ○是																		
(2) 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○否 ○是																		
(3) 抗生素使用種類及劑量合理,並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是																		
(4) 抗生素使用期間合理,如有異常時,應於病歷上說明。	○否 ○是																		
項目	改善情形																		

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				#本項執行狀況簡述：
可	3.3	抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評：醫院未採集任何微生物檢體，可自選本項免評	<p>*是否定期製作臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是，頻率：<input type="radio"/>每年 <input type="radio"/>每半年 <input type="radio"/>其他：_____</p> <p>*是否將最新抗藥性圖譜報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是</p> <p>*是否每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA 等)？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是，請於實地查核時提供相關文件備查</p> <p>*是否針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA 等)之個案執行感染管制措施？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是 (請續填下列問題)</p> <p>*是否於微生物報告上註記或解釋？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是，請簡述註記項目及內容：_____</p> <p>*是否即時通知臨床單位？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是，通知方式(可複選)：<input type="checkbox"/>資訊系統 <input type="checkbox"/>電子郵件/簡訊 <input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*是否進行適當隔離？</p> <p><input type="radio"/>否</p> <p><input type="radio"/>是，請勾選醫院執行之隔離措施項目：</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

104

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
			<p>*病房 (可複選) <input type="checkbox"/> 單人病室 <input type="checkbox"/> 集中照護 <input type="checkbox"/> 於原病室採取隔離措施</p> <p>*隔離措施 (可複選) <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 有適當隔離標示 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p>*專用設備 (聽診器、儀器設備等) <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p> <p>*具備解除隔離機制 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p> <p>*是否適當標示, 且為醫院全體同仁所知悉?</p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是, 標示呈現 (可複選): <input type="checkbox"/> 病人姓名 <input type="checkbox"/> 疾病名稱 <input type="checkbox"/> 菌種 <input type="checkbox"/> 以上均無</p> <p>*是否將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署?</p> <p>*<u>TNIS 系統之實驗室菌株通報完整率是否為 100%?</u> (查詢及通報方式如附件 2)</p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是 (須於 107 年 3 月 31 日前至少通報<u>全院未分類檢體 CRKP、CRAB、VRE 及 MRSA 等四種菌株之 106 年 1-12 月四季完整資料; 實驗室菌株通報完整率=實際通報季數/年度應通報季數*100%</u>)</p> <p>*<u>是否通報 TNIS 系統之「抗生素抗藥性管理通報系統」?</u></p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是</p> <p>*<u>是否參與 106 年「抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案」?</u></p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是</p> <p>*<u>持續通報資料之範圍:</u> _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月</p> <p>*<u>每月通報之細菌種類均達 10 項菌屬/種以上</u></p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是</p> <p>*<u>是否通報傳染病個案通報系統之「CRE 抗藥性檢測」</u> (通報方式如附件 3)</p> <p><input type="radio"/> 無符合 CRE 抗藥性檢測送驗條件之個案</p> <p><input type="radio"/> 否</p> <p><input type="radio"/> 是 (106 年通報 CRE 抗藥性檢測件數 _____ 件)</p> <p>*是否每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析?</p>

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)						
			<p>○否 ○是，請於實地查核時提供相關文件備查</p> <p>*是否根據分析報告，研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效？ ○否 ○是</p> <table border="1" data-bbox="887 480 1879 600"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 480 1247 523">項目</th> <th data-bbox="1247 480 1879 523">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 523 1247 563"></td> <td data-bbox="1247 523 1879 563"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 563 1247 600"></td> <td data-bbox="1247 563 1879 600"></td> </tr> </tbody> </table> <p>*是否 ICU 收治來自 RCW 或 RCC 呼吸器依賴之病人時，該類病人在未檢驗確認前，即先進行適當的預先隔離措施(proactive isolation)，直至檢驗確定為陰性？ ○否 ○是</p> <p>*是否規劃 ICU 或普通病室內抗藥性病人之單人隔離病室或隔離治療區域，並落實執行接觸隔離防護措施？ ○否 ○是</p> <p>*是否於病人轉院治療或轉介至人口密集機構前，填具「機構間感染管制轉介單」，<u>或於出院病摘等文件詳細記載前述資訊</u>，以提醒其他機構加強落實感染管制措施？ ○否 ○是</p> <p>*微生物檢驗是否委外代檢？ ○否（請續填【醫院設有微生物實驗室】） ○是，範圍： ○全部（請續填【微生物檢驗委外代檢】）</p>	項目	改善情形				
項目	改善情形								

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)						
			<p>○部分 (請續填【醫院設有微生物實驗室】及【微生物檢驗委外代檢】)</p> <p>【醫院設有微生物實驗室】</p> <p>*是否訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序？</p> <p>○否</p> <p>○是 (請續填是否包含下列項目，可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>檢驗標準作業程序：</p> <p><input type="checkbox"/>檢體簽收 <input type="checkbox"/>檢體保存方式 <input type="checkbox"/>追蹤報告機制 <input type="checkbox"/>重要檢體需發初步報告</p> <p><input type="checkbox"/>訂定危急報告內容及通知方式 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/>採檢手冊：</p> <p><input type="checkbox"/>採檢時機 <input type="checkbox"/>容器 <input type="checkbox"/>採檢棒 <input type="checkbox"/>檢體保存方式 <input type="checkbox"/>檢驗方式</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*微生物實驗室是否有內、外部品管計畫？</p> <p>○否</p> <p>○是，項目 (可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/>內部品管</p> <p><input type="checkbox"/>外部品管</p> <p><input type="checkbox"/>通過認證實驗室 <input type="checkbox"/>認證內容含微生物檢驗項目 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*是否針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須待進行改善之事項，提出具體解決的對策？</p> <p>○否</p> <p>○是</p> <table border="1" data-bbox="887 1190 1879 1311"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 1190 1247 1232">項目</th> <th data-bbox="1247 1190 1879 1232">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1232 1247 1273"></td> <td data-bbox="1247 1232 1879 1273"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1273 1247 1311"></td> <td data-bbox="1247 1273 1879 1311"></td> </tr> </tbody> </table> <p>【微生物檢驗委外代檢】</p> <p>*是否與代檢實驗室簽訂合約？</p> <p>○否</p>	項目	改善情形				
項目	改善情形								

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

107

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)						
			<p>○是，包含項目 (可複選)：<input type="checkbox"/>收檢時間 <input type="checkbox"/>發報告時效 <input type="checkbox"/>提供檢驗品質文件 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*是否訂有委外檢驗標準作業程序？ <input type="radio"/>否 <input type="radio"/>是 (請續填是否包含下列項目，可複選) <input type="checkbox"/>委外檢驗標準作業程序： <input type="checkbox"/>內部檢體簽收 <input type="checkbox"/>檢體保存方式 <input type="checkbox"/>外部檢體簽收 <input type="checkbox"/>追蹤報告機制 <input type="checkbox"/>重要檢體需發初步報告 <input type="checkbox"/>訂定危急報告內容及通知方式 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/>採檢手冊： <input type="checkbox"/>採檢時機 <input type="checkbox"/>容器 <input type="checkbox"/>採檢棒 <input type="checkbox"/>檢體保存方式 <input type="checkbox"/>檢驗方式 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*代檢實驗室是否有內、外部品管計畫？ <input type="radio"/>否 <input type="radio"/>是，項目 (可複選)： <input type="checkbox"/>內部品管 <input type="checkbox"/>外部品管 <input type="checkbox"/>通過認證實驗室 <input type="checkbox"/>認證內容含委外代檢項目 <input type="checkbox"/>對代檢實驗室進行外部品管查核 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>*是否對代檢實驗室代檢項目的異常，執行問題調查與原因分析，並針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策？ <input type="radio"/>否 <input type="radio"/>是</p> <table border="1" data-bbox="887 1315 1879 1437"> <thead> <tr> <th data-bbox="887 1315 1247 1358">項目</th> <th data-bbox="1247 1315 1879 1358">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="887 1358 1247 1401"></td> <td data-bbox="1247 1358 1879 1401"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 1401 1247 1437"></td> <td data-bbox="1247 1401 1879 1437"></td> </tr> </tbody> </table>	項目	改善情形				
項目	改善情形								

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				#本項執行狀況簡述：
	4	配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施		
	4.1	訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	#本項執行狀況簡述：
可	4.2	具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評：無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人，可自選本項免評。	#本項執行狀況簡述：
	4.3	有專人負責結核病個案管理及衛教工作	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）____人 （查詢方式如附件 4） *結核病個案管理人力：結核病專任個案管理師____人 結核病個案管理師訓練合格____人 *列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保專案管理比率為____% （查詢方式如附件 5） #本項執行狀況簡述：
	4.4	具有結核病診治機制	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	*106 年 1 月至 12 月結核病通報病例數____例 *106 年 1 月至 12 月收治結核病例數____例 （查詢方式如附件 4） *結核病病例討論會每____個月召開會議一次 #本項執行狀況簡述：
	4.5	住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合	*痰抹片陽性之確診病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例____%

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																
		的追蹤資料	○不符合	#本項執行狀況簡述：																
109	4.6	防護裝備儲備管理符合規定	○符合 ○不符合	<p>*106 年 1 月至 12 月防疫物資是否均符合安全儲備量， ○否，請說明：_____</p> <p>○是</p> <p>*提供醫護人員符合國家標準 CNS 14774 「醫用面（口）罩」(等同或以上)之性能規格，並領有醫療器材第二等級許可證之外科口罩。 ○否 ○是（請於實地查核時提供，由供應廠商出具(1)產品符合國家標準 CNS14774 之檢測報告；及(2)醫療器材第二等級許可證影本）</p> <p>*提供醫護人員符合 CNS14755 「拋棄式防塵口罩」D2 等級或美國 NIOSH 認證 N95 等級或歐規 EN149：2001 認證 FFP2 等級(等同或以上)，並領有醫療器材第一等級許可證之 N95 等級(含)以上口罩。 ○否 ○是（請於實地查核時提供，由供應廠商出具(1)認證或檢測相關文件；及(2)醫療器材第一等級許可證影本）</p> <p>(有關上述所提之符合國家標準 CNS14774 之檢測報告及醫療器材第一等級與第二等級許可證影本範例可參閱附件 6。)</p> <p>* 107 年 5 月防疫物資安全儲備量、庫存數量及上個月（4 月 1 日至 4 月 30 日）使用量：</p> <table border="1" data-bbox="943 1150 1899 1442"> <thead> <tr> <th>物資品項</th> <th>安全儲備量</th> <th>庫存數量</th> <th>上個月使用量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>外科口罩</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N95 等級(含)以上口罩</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>連身型防護衣</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	物資品項	安全儲備量	庫存數量	上個月使用量	外科口罩				N95 等級(含)以上口罩				連身型防護衣			
物資品項	安全儲備量	庫存數量	上個月使用量																	
外科口罩																				
N95 等級(含)以上口罩																				
連身型防護衣																				

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

110

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)																													
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">隔離衣</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>*貴院「防疫物資儲放地點」:(可複選) <input type="checkbox"/>院內 <input type="checkbox"/>院外 *儲放地點室溫是否維持低於 35°C : ○是 ○否 *儲放地點環境中相對濕度是否維持低於 80%RH : ○是○否 *是否有完整物資使用紀錄 (包括領用紀錄及耗損登記等) 且定期更新: <input type="radio"/>否 <input type="radio"/>是 上述 3 項請於實地查核時檢附上個月佐證資料。 #本項執行狀況簡述:</p>	隔離衣																												
隔離衣																																
可	4.7 建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評:未設有急診者	<p>*院內是否訂有流感疫情高峰期間之急診類流感病人分流分治機制: <input type="radio"/>否 <input type="radio"/>是;有無依據規劃機制,啟動分流分治作業 <input type="radio"/>未達啟動需要 <input type="radio"/>已依該機制啟動分流分治作業 #本項執行狀況簡述:</p>																													
	4.8 醫療機構之肝炎預防措施	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	<p>#門診透析病人病毒性肝炎檢測執行情形: <input type="radio"/>本院未設置門診透析單位 <input type="radio"/>本院設有門診透析單位:血液透析床_____床,106 年收治血液透析病人_____人 腹膜透析床_____床,106 年收治腹膜透析病人_____人 請填寫 106 年門診透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測結果:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">透析方式^{註1}</th> <th rowspan="2">檢驗狀態^{註2}</th> <th colspan="3">HBsAg</th> <th colspan="3">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>檢驗人數^{註3}</th> <th>陽性/陽轉個案數^{註4}</th> <th>陽轉率</th> <th>檢驗人數^{註3}</th> <th>陽性/陽轉個案數^{註4}</th> <th>陽轉率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">血液透析</td> <td>初次檢驗</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>基礎值</td> <td></td> <td></td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>	透析方式 ^{註1}	檢驗狀態 ^{註2}	HBsAg			anti-HCV 抗體			檢驗人數 ^{註3}	陽性/陽轉個案數 ^{註4}	陽轉率	檢驗人數 ^{註3}	陽性/陽轉個案數 ^{註4}	陽轉率	血液透析	初次檢驗							基礎值			%			%
透析方式 ^{註1}	檢驗狀態 ^{註2}	HBsAg				anti-HCV 抗體																										
		檢驗人數 ^{註3}	陽性/陽轉個案數 ^{註4}	陽轉率	檢驗人數 ^{註3}	陽性/陽轉個案數 ^{註4}	陽轉率																									
血液透析	初次檢驗																															
	基礎值			%			%																									

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)								
				陰性							
				基礎值							
				陽性							
				初次 檢驗							
				基礎值 陰性			%			%	
				基礎值 陽性							
			<p>註 1：若 106 年的該項透析方式的門診透析病人數為 0，則該透析方式下的各項資料可免填。</p> <p>註 2：「檢驗狀態」係指為病人檢測 HBsAg 或 anti-HCV 抗體時，對病人檢驗結果的掌握情形。『初次檢驗』係指 106 年才轉入本院門診接受透析治療且第 1 次檢驗的病人，或 106 年在執行檢測前不知道其最近 1 年檢驗結果的病人；『基礎值陰性』係指已知其最近 1 年內的檢驗結果為陰性的病人；『基礎值陽性』則指已知其最近 1 年內的檢驗結果為陽性的病人。</p> <p>註 3：「檢驗人數」請歸人統計，即：同 1 位病人若在 106 年曾於相同「檢驗狀態」下接受 1 次以上的檢驗，應以 1 人計算；若無檢驗人數請填 0。</p> <p>註 4：「陽性/陽轉個案數」請歸人統計，即：同 1 位病人若在 106 年曾於相同「檢驗狀態」下接受 1 次以上的檢驗且有檢出陽性，「陽性/陽轉個案數」應以 1 人計算。</p> <p>* B、C 型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施： <input type="radio"/> 本院未設置門診透析單位，且沒有提供住院病人透析照護服務 B 型肝炎：<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 分區^{註 1} <input type="radio"/> 固定機台 <input type="radio"/> 分區且固定機台 C 型肝炎：<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 集中照護^{註 2} <input type="radio"/> 其他，請說明： 註 1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。 註 2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p>								

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				<p>*透析單位是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程： <input type="radio"/> 本院未設置門診透析單位，且沒有提供住院病人透析照護服務 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，請於實地查核時提供相關作業流程文件供參</p> <p>*院內是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制： <input type="radio"/> 本院未設置門診透析單位，且沒有提供住院病人透析照護服務 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是；請簡述說明通報機制：_____</p> <p>#本項執行狀況簡述：</p>
	5	員工保護措施		
112	5.1	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	<p>*所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率____%</p> <p>【B 型肝炎疫苗】</p> <p>B-1.是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？ <input type="radio"/> 否（請跳答【MMR 疫苗】） <input type="radio"/> 是，全院 106 年有____名未曾接種疫苗且抗體陰性人員(請續答 B-2)</p> <p>B-2.是否追蹤 106 年未曾接種疫苗且抗體陰性者，接種 B 肝疫苗接種？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，106 年共有____人接種 B 型肝炎疫苗 其中有____人為 B-1 填報之人員且按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑）。 （106 年接種人數>0 者，請續答 B-3，否則請跳答【MMR 疫苗】）</p> <p>B-3.醫院是否提供「B 型肝炎疫苗」？ <input type="radio"/> 否，由員工完全自費 <input type="radio"/> 是，由院方部分補助 <input type="radio"/> 是，由院方提供</p>

項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
			<p>【MMR 疫苗】</p> <p>M-1. 是否訂有工作人員 MMR 疫苗接種計畫？ <input type="radio"/> 否 (請跳答【季節性流感疫苗】) <input type="radio"/> 是，106 年共有 _____ 人接種 MMR 疫苗 (請續填下列問題)</p> <p>M-2. 計畫適用對象是否包括下列單位全體醫護人員？ 小兒科：<input type="radio"/> 未設置 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 婦產科：<input type="radio"/> 未設置 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 急 診：<input type="radio"/> 未設置 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 感染科：<input type="radio"/> 未設置 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 其他將全體醫護人員納入計畫之單位：_____</p> <p>M-3. 全院新進人員是否全部納入計畫對象？ <input type="radio"/> 全院新進醫護人員與非醫護人員全面納入 <input type="radio"/> 全院新進醫護人員全部納入 <input type="radio"/> 僅部分單位新進人員納入 <input type="radio"/> 所有新進人員皆未納入計畫對象</p> <p>M-4. 醫院是否提供「MMR 疫苗」？ <input type="radio"/> 否，由員工完全自費 <input type="radio"/> 是，由院方提供 <input type="radio"/> 是，由院方部分補助</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>S-1 是否訂有醫療照護等相關工作人員流感疫苗接種計畫？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</p> <p>S-2 醫療照護及相關工作人員 106 年流感流行季 (每年 10 月至 12 月) 之流感疫苗接種率 _____ %。</p> <p>註：流感疫苗接種率之計算，分母為醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教</p>

附件 4、107 年度醫院感染管制查核作業-醫院自評表

	項次	查核基準	自評等級	執行狀況簡述 (500 字以內)
				<p><u>學醫院值勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工</u>，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，其於每年 10 月至 12 月接種率。</p> <p>#本項執行狀況簡述：</p>
5.2		對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置 (包含切傷等其他出血) 訂有作業流程	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	<p>*106 年度院內工作人員通報之尖銳物品扎傷或血液、體液暴觸事件共____件； 請簡要說明事件之統計、分析、檢討及改善措施：</p> <p>#本項執行狀況簡述：</p>

附表一、醫院前次查核改善意見一覽表

【填表說明】

1. 填入前次查核（非複查或追蹤輔導）改善意見對應之「項次」、「意見內容」、「改善狀況」、「改善情形」。
2. 前次查核結果評量為「不符合」項次所對應之改善意見，請歸入「一、缺失事項」表格中。
3. 前次查核結果評量為「優良」、「符合」項次所對應之改善意見，或為「綜合評語」，請歸入「二、建議事項」表格中。
4. 106 年度評鑑醫院請說明 105 年查核建議事項及 106 年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。

一、缺失事項：（前次查核結果評量為「不符合」項次所對應之改善意見）

前次查核改善意見		目前改善進度			
項次	意見內容	改善狀況			改善情形 (或尚未改善理由)
		已完成	執行中	未執行	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	

(篇幅不足，請自行複製)

二、建議事項：(前次查核結果評量為「優良」、「符合」項次所對應之建議意見，或為「綜合評語」之內容)

前次查核建議事項		目前執行進度			
項次	建議	執行狀況			執行情形 (或尚未執行理由)
		已完成	執行中	未執行	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	
		○	○	○	

(篇幅不足，請自行複製)

附表二、醫院感染管制聘請他院之兼任人力資料

姓名	專業別(1.感染症專科醫師、2.感管護理人員、3.感管醫檢人員)	證書證號	原服務機關	支援期間	聘任證明 (1.聘函、2.支援報備公文、3.線上登錄)	支援時數及作業內容
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">範例</div> 王大明	1. 感染症專科醫師	感染專醫證字第 000 號	000 醫院	106/1~106/12	1. 聘函	1. 每週支援感染科門診 4 小時 2. 每週 2 天至本院協助感管業務

(篇幅不足，請自行複製)

附表三、106 年全院手部衛生內部稽核統計結果

手部衛生 機會數	手部衛生行動/步驟				手部衛生時機數				
	執行乾洗手 次數	乾洗手步驟 確實次數	執行濕洗手 次數	濕洗手步驟 確實次數	時機一、 接觸病人前	時機二、 執行清潔/無菌 操作技術前	時機三、 暴觸病人體液風 險後	時機四、 接觸病人後	時機五、 接觸病人週遭環 境後

備註：

- 1.請依據「手部衛生 5 時機」之執行及稽核原則進行內部稽核。
- 2.請統計貴院 106 年全院手部衛生稽核結果，進行次數統計並填入本表。
- 3.各項欄位均應填寫：若實地稽核時未觀察到乾洗手次數、溼洗手次數或某項時機數，請填寫 0；若貴院手部衛生稽核未含括之項目，則請在該欄填入 NA。切勿留空。
- 4.執行乾洗手次數「應」 \geq 乾洗手確實次數。
- 5.執行濕洗手次數「應」 \geq 濕洗手確實次數。
- 6.手部衛生時機數總和「應」 \geq 手部衛生機會數

附表四、106 年 1 月-106 年 12 月醫療照護相關感染群突發事件統計表

【填表說明】

1. 「院內感染群突發事件」係依醫院作業原則自行區分之。
2. 分別以「事件/病原別*」、「單位別」進行案件數統計。
*「事件/病原別」可分列如：腹瀉、不明原因發燒、上呼吸道感染、疥瘡、多重抗藥性細菌、諾羅病毒、桿菌性痢疾、水痘、麻疹...等。
3. 綜述「改善措施及成果」。

106 年 1 月-106 年 12 月院內感染群突發事件-【事件別】統計	
發生事件/病原	件數
合計	

(欄位不足，請自行增列)

106 年 1 月-106 年 12 月院內感染群突發事件-【單位別】統計	
發生單位	件數
合計	

(欄位不足，請自行增列)

改善措施及成果：

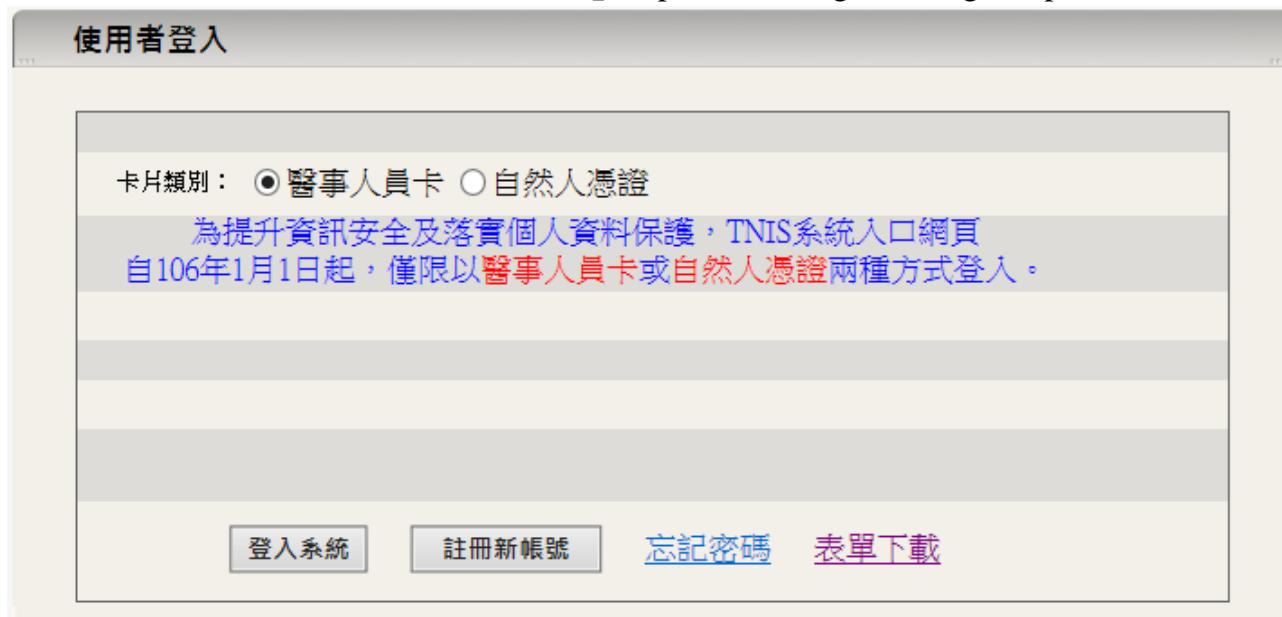
(篇幅不足，請自行複製)

自評表附件 1、院內感染監視通報系統 (TNIS) 通報情形查詢方式說明

所附圖像係教學範例，不代表真實資料

一、系統操作方式：

登入「院內感染監視通報系統 (TNIS)」<https://tnis.cdc.gov.tw/login.aspx>



使用者登入

卡片類別： 醫事人員卡 自然人憑證

為提升資訊安全及落實個人資料保護，TNIS系統入口網頁自106年1月1日起，僅限以醫事人員卡或自然人憑證兩種方式登入。

[忘記密碼](#) [表單下載](#)

二、個案檢體菌株通報完整率查詢說明

操作說明

1. 進入首頁後，點選「醫療照護相關感染資料通報」方塊磚。
2. 點選「統計報表」/「感染管制查核報表」/「個案檢體菌株通報完整率」文字按鈕，進入資料查詢頁面。

(1)



個案檢體菌株通報完整率

醫療院所 0101120012 查詢

醫療層級 區域醫院

區管中心 疾病管制署臺北區管制

縣市 台北市

報表類別 (3)

感控查核報表 (加護病房) 即時報表

感控查核報表 (未設立加護病房醫院專用)

年度 106 儲存紀錄 (4) 1.106年1月~106年12月(儲存時間:107/04/02)

單位 全院 加護病房 非加護病房 RCC病房

週期 季 月 不分

(5) 查詢 重設

- 報表類別：a.有設立加護病房之醫院請選「感控查核報表(加護病房)」，b.未設立加護病房醫院請選「感控查核報表(未設立加護病房醫院專用)」。
- 請點選 106 年度之儲存紀錄時間為 107/04/02 之選項。
- 最後再按下 文字按鈕，系統即會列出年度醫院收案之感染個案菌株通報完整率報表，供使用者瀏覽。

查詢結果說明

個案檢體菌株通報完整率

感控查核報表(加護病房)

醫院名稱	年月	通報月份數	全部個案數	不完整數	通報完整率
醫院	104年/1月	1	49	0	100.0%
醫院	104年/2月	1	48	0	100.0%
醫院	104年/3月	1	40	0	100.0%
醫院	104年/4月	1	46	0	100.0%
醫院	104年/5月	1	45	0	100.0%
醫院	104年/6月	1	38	0	100.0%
醫院	104年/7月	1	56	0	100.0%
醫院	104年/8月	0	X	0	0.0%
醫院	104年/9月	0	X	0	0.0%
醫院	104年/10月	0	X	0	0.0%
醫院	104年/11月	0	X	0	0.0%
醫院	104年/12月	0	X	0	0.0%
醫院	總計	7	322	0	58.3%

註1：若加護病房為零個案，請至「通報系統/加護病房零通報個案」，進行通報；若全部個案數欄位出現X則代表未通報個案，則通報完整率為0%。

註2：若全部個案數欄位數值為0則代表零個案，其通報完整率無法計算，以「-」表示。

註3：資料統計至104/04/01止。

註4：加護病房個案檢體菌株通報完整率(%) = $\frac{\text{加護病房全部個案數} - \text{加護病房不完整數}}{\text{加護病房全部個案數}} \times \frac{\text{實際通報月份數}}{\text{應通報月份數}} \times 100\%$

- 由此報表可得知 104 年 8-12 月個案檢體菌株通報不完整，可於【統計檢索 | 個案資料檢索】查詢通報情形。
- 104 年 8-12 月全部個案數欄位為「X」代表該月份未通報個案，且未完成加護病房零通報個案或全院零通報程序，故通報完整率為 0%。
- 此時範例醫院 104 年個案檢體菌株通報完整率 = $(322/322) \times (7/12) \times 100\% = 58.3\%$

三、月維護資料通報完整率查詢說明

操作說明

1. 進入首頁後，點選「醫療照護相關感染資料通報」方塊磚。
2. 點選「統計報表」/「感染管制查核報表」/「月維護資料通報完整率」文字按鈕，進入資料查詢頁面。

(1)



月維護資料通報完整率

月維護資料通報完整率

醫療院所: 0101020017 [查詢]

醫療層級: 區域醫院

區管中心: 疾病管制署臺北區管制

縣市: 台北市

報表類別: (3) 感控查核報表 (加護病房) 即時報表
 感控查核報表 (未設立加護病房醫院專用)

(4) 年度: 106 儲存紀錄: 1.106年1月~106年12月(儲存時間:107/04/02)

週期: 年 季 月

月維護項目: 全院各病房 全院各細分科 加護病房各細分科

單位: 全院 加護病房 非加護病房 RCC病房

(5) [查詢] [重設]

- 報表類別：a.有設立加護病房之醫院請選「感控查核報表(加護病房)」，b.未設立加護病房醫院請選「感控查核報表(未設立加護病房醫院專用)」。
- 請點選 106 年度之儲存紀錄時間為 107/04/02 之選項。
- 最後再按下 **查詢** 文字按鈕，系統即會列出年度醫院收案之 月維護資料通報完整率報表，供使用者瀏覽。

查詢結果說明

月維護資料通報完整率

感控查核報表(加護病房)

月維護資料通報完整率摘要				
醫院名稱	全院各病房住院人日數	全院各病房導尿管使用人日數	全院各病房中心導管使用人日數	全院各病房呼吸器使用人日數
國立台灣大學醫學院附設醫院	計算公式: (全院各病房住院人日數 實際通報病房數總計)/ (應通報病房數總計) X100%	計算公式: (全院各病房導尿管使用人日數 實際通報病房數總計)/ (應通報病房數總計) X100%	計算公式: (全院各病房中心導管使用人日數 實際通報病房數總計)/ (應通報病房數總計) X100%	計算公式: (全院各病房呼吸器使用人日數 實際通報病房數總計)/ (應通報病房數總計) X100%
	49.7%	70.1%	72.1%	72.8%

月份別通報病房數明細

醫院名稱	年/月	應通報病房數	全院各病房住院人日數 實際通報病房數	全院各病房導尿管使用人日數 實際通報病房數	全院各病房中心導管使用人日數 實際通報病房數	全院各病房呼吸器使用人日數 實際通報病房數
醫院	104年/1月	18	22	18	18	18
醫院	104年/2月	18	22	16	16	17
醫院	104年/3月	18	22	16	16	17
醫院	104年/4月	18	20	16	18	18
醫院	104年/5月	18	20	18	18	18
醫院	104年/6月	18	20	18	18	18
醫院	104年/7月	31	20	16	18	18
醫院	104年/8月	31	0	18	18	18
醫院	104年/9月	31	0	18	18	18
醫院	104年/10月	31	0	16	18	18
醫院	104年/11月	31	0	18	18	18
醫院	104年/12月	31	0	18	18	18
醫院	總計	294	146	206	212	214

註1：應通報病房數請至「維護作業/月維護作業/月維護資料維護」填報；醫院若未填報該資料，則應通報病房數以資料統計時，醫院病房維護資料中未刪除註記的加護病房數計算。

註2：各月份實際通報病房數與應通報病房數一致，代表該月份完整通報；總計為各月份通報病房數加總。

註3：資料統計至104/04/01。

- 104 年查核項次有「(A0031)全院各病房住院人日數實際通報病房數」、「(A0053)全院各病房導尿管使用人日數實際通報病房數」、「(A0063)全院各病房中心導管使用人日數實際通報病房數」及「(A0073)全院各病房呼吸器使用人日數實際通報病房數」等四項目。
- 各項月維護通報資料完整率公式，如下

$$\frac{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月(A0031)全院各病房住院人日數實際通報病房數總和}}{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月應通報病房數總和}} \times 100\%$$

$$\frac{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月(A0053)全院各病房導尿管使用人日數實際通報病房數總和}}{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月應通報病房數總和}} \times 100\%、$$

$\frac{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月(A0063)全院各病房中心導管使用人日數實際通報病房數總和}}{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月應通報病房數總和}} \times 100\%$ 、

$\frac{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月(A0073)全院各病房呼吸器使用人日數實際通報病房數總和}}{104 \text{ 年 } 1-12 \text{ 月應通報病房數總和}} \times 100\%$

3. 由此報表範例可得知 104 年 7 月份「(A0031)全院各病房住院人日數實際通報病房數」通報少 11 個病房單位，「(A0053)全院各病房導尿管使用人日數實際通報病房數」通報少 15 個病房單位、「(A0063)全院各病房中心導管使用人日數實際通報病房數」通報少 13 個病房單位及「(A0073)全院各病房呼吸器使用人日數實際通報病房數」通報少 13 個病房單位，實際通報情形可於【維護作業 | 月維護作業】查詢。
4. 系統將依說明 2 自動計算 104 年 1-12 月通報完整率。由此報表範例，104 年該院之全「(A0031)全院各病房住院人日數實際通報病房數」通報完整率為 49.7%(146/294)，「(A0053)全院各病房導尿管使用人日數實際通報病房數」通報完整率為 70.1%(206/294)、「(A0063)全院各病房中心導管使用人日數實際通報病房數」通報完整率為 72.1%(212/294)及「(A0073)全院各病房呼吸器使用人日數實際通報病房數」通報完整率為 72.8%(214/294)。
5. 自 105 年度起月維護資料通報完整率報表的計算邏輯為逐月依 TNIS 系統病房維護資料的病房開關起迄日期計算當月開啟之病房總數。

自評表附件 2、台灣院內感染監視資訊系統 (TNIS) 之抗生素抗藥性管理通報系統實驗室菌株統計通報及查詢操作說明

所附圖像係教學範例，不代表真實資料

一、登入系統

登入「台灣院內感染監視資訊系統 (TNIS)」<https://tnis.cdc.gov.tw/>，並點選「抗生素抗藥性管理通報系統」。

使用者登入

卡片類別： 醫事人員卡 自然人憑證

為提升資訊安全及落實個人資料保護，TNIS系統入口網頁自106年1月1日起，僅限以醫事人員卡或自然人憑證兩種方式登入。

[忘記密碼](#) [表單下載](#)

歡迎【疾病管制署】【】您的登入

醫療照護
相關感染資料通報

資料
維護作業

抗生素抗藥性
管理通報系統

二、實驗室菌株通報完整率查詢說明

※路徑：**【統計報表 | 實驗室菌株通報完整率】**

(以下為示意圖)

操作說明

首頁 通報功能 » 資料查詢 » 統計報表 » 視覺化圖表

抗藥性監測指標 »

實驗室菌株之抗生素感受性統計表

實驗室菌株通報完整率

實驗室菌株通報完整率

醫療院所

醫療層級

區管中心

縣市

① 報表類別 感控查核報表 即時報表

年度 儲存紀錄

單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢

週期 年 季

② 檢體種類 未分類 血液 尿液

③

1. 報別類別選擇「感控查核報表」，可查詢 106 年實驗室菌株通報完整率之報表。
2. 檢體種類請選擇「未分類」。
3. 最後按下 按鈕。

查詢結果說明

實驗室菌株統計通報完整率

感控查核報表

查詢條件

醫療層級：醫學中心
 區管中心：疾病管制署臺北區管制中心
 縣市：台北市
 檢體種類：未分類
 日期：106年1季~106年4季
 單位：全院
 週期：季

檢體種類：未分類

		Acinetobacter baumannii		Enterococci	Klebsiella pneumoniae			Staphylococcus aur
		Imipenem	Meropenem	Vancomycin	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Oxacillin
	106年 第1季	1	1	1	1	1	1	1
	106年 第2季	1	1	1	1	1	1	1
	106年 第3季	0	0	0	0	0	0	0
	106年 第4季	0	0	0	0	0	0	0

註1：Enterococci包含Enterococcus spp.、Enterococcus faecium、Enterococcus faecalis。

註2：各季得分數值為1者為通報完整；若菌株總數、感受性菌株數(S和Non-S)任一欄位通報不完整則數值為0；總和為各季分數加總。

- 圖中數值為 1 表示通報完整、0 表示通報不完整，可見備註說明。圖中範例表示此醫院完成 *Acinetobacter baumannii* 菌、腸球菌(*Enterococci*)、克雷白氏肺炎桿菌(*Klebsiella pneumoniae*)及 *Staphylococcus aureus* 菌之第 1、2 季通報，第 3、4 季則未通報實驗室菌株資料。通報資料可於【資料查詢 | 實驗室菌株通報資料查詢/修改】查詢修正。
- Carbapenem 類抗生素包含 Imipenem、Ertapenem、Meropenem、*Acinetobacter baumannii* 菌及 *Klebsiella pneumoniae* 菌通報其中一項抗生素，即算通報完整。

三、實驗室菌株通報

▶ 新增實驗室菌株通報資料

※維護路徑：【通報功能 | 實驗室菌株通報】

操作說明

[首頁](#)
[通報功能 »](#)
[資料查詢 »](#)
[統計報表 »](#)
[視覺化圖表](#)

[抗藥性監測通報 »](#)
[特殊MDRO個案通報](#)
[實驗室菌株通報](#)
[多重抗藥性基因檢測資料通報](#)

實驗室菌株通報

實驗室菌株通報

隸屬醫療院所 0123456789 測試醫院 查詢

① 年度 106
 季 4
 單位 全院
 檢體種類 未分類

② 新增/修改 重設

- 請選取欲維護之年度、季、單位及檢體種類(血液、尿液、未分類)。
- 按下【新增/修改】文字按鈕。

實驗室菌株通報

實驗室菌株通報

隸屬醫療院所 0123456789 測試醫院 查詢

年度 106
 季 4
 單位 全院
 檢體種類 未分類

⑥ 儲存 重設

菌株：Enterococcus faecalis 菌株總數： 3

抗生素	S 菌株數	Non-S 菌株數	總檢測菌株數	是否檢測
Vancomycin(VA)	0	0	0	④ <input checked="" type="checkbox"/> 未檢測
Gentamicin-High(GM-H) ③	1	2	3	
Ampicillin(AM)				⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 未檢測

3. 系統將帶出菌株統計維護欄位，請輸入菌株對應抗生素之 S 菌株數、Non-S 菌株數及菌株總數。(總檢測菌株數欄位由系統自動加總 S 菌株數和 Non-S 菌株數所顯示)
 4. 若 S 菌株數及 Non-S 菌株數，都輸入數字 0，是否檢測欄位立即顯示 未檢測。
 5. 勾選 未檢測，點選[儲存]功能時系統才會將 S 菌株數、Non-S 菌株數及總檢測菌株數欄位，填入數字 0；若要還原為 未檢測，請在 是否檢測欄位上再點選一次 未檢測，系統即取消勾選。
 6. 最後，按下【儲存】文字按鈕，即完成新增資料。
- ※注意:
1. 本通報定義不包含主動監測及研究計畫檢體分離出之菌株。
 2. 通報頻率：每季通報。
 3. 監測單位：全院、加護病房、非加護病房、急門診、體檢。
 4. 通報細菌對各項抗生素各感受性(S 和 non-S)之統計數，不需通報個案明細資料。
 5. 通報歸人之統計數字：同一季、同一個病人、同一細菌視為 1 筆，不論其檢體種類、感受性檢驗結果及單位，以當季第 1 筆為主。

► 修改實驗室菌株通報資料

※維護路徑：【通報功能 | 實驗室菌株通報】

1. 請選取欲修改之年度、季、單位及檢體種類(血液、尿液、未分類)。
2. 按下【新增/修改】文字按鈕。

抗生素	S 菌株數	Non-S 菌株數	總檢測菌株數	是否檢測
Vancomycin(VA)	0	0	0	<input checked="" type="checkbox"/> 未檢測
Gentamicin-High(GM-H)	1	2	3	
Ampicillin(AM)				<input checked="" type="checkbox"/> 未檢測

3. 修改資料，手動刪除菌株數後，再重新輸入菌株數及菌株總數即可。
4. 要還原為 未檢測，請在是否檢測欄位上再點選一次 未檢測，系統即取消勾選，並清空 S 菌株數及 Non-S 菌株數欄位值。
5. 最後，按下【儲存】文字按鈕，即完成修改。

※注意：

1. 本通報定義不包含主動監測及研究計畫檢體分離出之菌株。

2. 通報頻率：每季通報。
3. 監測單位：全院、加護病房、非加護病房、急門診、體檢。
4. 通報細菌對各項抗生素各感受性(S 和 non-S)之統計數，不需通報個案明細資料。
5. 通報歸人之統計數字：同一季、同一個病人、同一細菌視為 1 筆，不論其檢體種類、感受性檢驗結果及單位，以當季第 1 筆為主。

▶ 查詢實驗室菌株通報資料

※維護路徑：【資料查詢 | 實驗室菌株通報資料查詢/修改】

首頁
通報功能 »
資料查詢 »
統計報表 »
視覺化圖表

抗藥性監測查詢
特殊MDRO個案查詢
實驗室菌株通報資料查詢/修改

實驗室菌株通報資料查詢/修改

◆ 實驗室菌株通報資料查詢/修改

隸屬醫療院所 測試醫院

① 日期範圍：年度 季 ~ 年度 季

單位

檢體種類 ②

1	年度	季	單位	檢體種類		
1	106	4	全院	未分類	③	<input type="button" value="明細"/> <input type="button" value="刪除"/>

1. 請選取欲查詢之日期範圍：年度/季、單位及檢體種類(血液、尿液、未分類)
2. 按下【查詢】文字按鈕。
3. 請按【明細】文字按鈕，系統即顯示該年度/季之實驗室菌株統計數據資料。

實驗室菌株通報

隸屬醫療院所 測試醫院

年度

季

單位

檢體種類

菌株：Enterococcus faecalis 菌株總數：

抗生素	S 菌株數	Non-S 菌株數	總檢測菌株數	是否檢測
Vancomycin(VA)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	0	<input checked="" type="checkbox"/> 未檢測
Gentamicin-High(GM-H)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	3	
Ampicillin(AM)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	0	<input checked="" type="checkbox"/> 未檢測

4. 若需修改，請按下【新增/修改】文字按鈕，即可於各數據欄位中修改資料。

自評表附件 3、傳染病個案通報系統通報操作說明

所附圖像係教學範例，不代表真實資料

當醫院檢出對 carbapenem 類抗生素 (imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 等) 任一種具抗藥性之腸道菌 (*Enterobacteriaceae*)，則為 CRE，可至傳染病個案通報系統進行「CRE 抗藥性檢測」通報。

一、操作說明:進傳染病個案通報系統，依憑證進行系統畫面



二、按通報與偵測項目-傳染病個案報告單 (新增)



三、依序填寫通報資料

行政院衛生署疾病管制局
Centers for Disease Control, R.O.C. (Taiwan)

傳染病個案通報系統

通報與偵測 | 實驗與檢驗相關 | 研判結果 | 其他查詢功能與連結 | 連結其他系統 | 問題反應 | 系統維護

請選擇字體大小: 大 中 小

登錄於 2013/03/12 12:17:47 登入 / 前次於 2013/02/20 16:12:39 登入

傳染病個案(含疑似病例)報告單 - 新增

- 通報疾病->患者身分證未填寫
- 通報疾病->患者姓名未填寫
- 通報疾病->出生日期日期未輸入
- 通報疾病未勾選

電腦編號: _____

醫院資料 | 通報疾病 | 患者資料 | 病歷、採檢與相關日期 | 流行病學相關因子 | 疫苗接種史 | 主要症狀

*為必填欄位

*身分證字號/護照號碼 _____ * (無身分證時才能輸入護照號碼、新生兒的出生日期~資料修改日,小於6個月時,得以「AA」輸入)

居留證號 _____

*姓名 _____ * 出生日期 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 *

*發病日 _____

*通報疾病 _____

第一類法定傳染病

天花 嚴重急性呼吸道症候群 鼠疫

狂犬病 H5N1流感

第二類法定傳染病

德國麻疹 霍亂 炭疽病

流行性腮腺炎 白喉 西尼羅熱

流行性腦脊髓膜炎 傷寒 副傷寒

小兒麻痺症 急性無力肢體麻痺 桿菌性痢疾

阿米巴性痢疾 登革出血熱/登革休克症候群 瘧疾

登革熱 麻疹 急性病毒性A型肝炎

四、於通報疾病勾選「CRE 抗藥性檢測」，視窗彈跳出「CRE 抗藥性檢測通報條件」附加資訊，依內容填寫此次採檢相關資料

CRE 抗藥性檢測 通報條件

請盡量填寫以下資料,先試行1年,其後將依實際需要修正為必填欄位
以下附加資訊中原資料收集期限為:3.(3)同病房區域內為1個月;9.感染/移送部位為7日內;10.抗生素使用為1個月內達1周以上。

- 本個案是否為主動篩檢個案?
 是 否
- 死亡日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (請填寫正確死亡日期)
- 檢體採檢當時,就醫形式及入院日期 (必填):
 住院病人:
入院日期為民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(1) 該個案是否有急診留醫情形:
 是 否 尚待研判
急診留醫起始日為民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 否
(2) 是否為醫療照護相關感染個案?
 是 否 尚待研判
(3) 同病房區域內,距今6個月內曾經分離出 CRE?
 是 否
 門診病人:
就診日民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 急診病人:
就診日民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

衛生福利部疾病管制署
衛生福利部疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2010 本網站以 1024*768 設計

五、相關資料填報完成，按「確定通報」後即完成通報，再依續填寫「患者資料」、「病歷、採檢與相關日期」、「流行病學相關因子」、「疫苗接種史」、「主要症狀」完成通報程序。

自評表附件 4、結核病通報及列管中個案系統查詢參考步驟說明

所附圖像係教學範例，不代表真實資料

【稽核說明】

1. 醫院感染管制查核基準與評分說明

(1) 基準 4.3：列管中照護之結核病新案數，以評估所需結核病個案管理師人數是否達符合項目 3 及優良項目 2 之條件。

(2) 基準 4.4：醫院通報或收治結核病病例數是否大於、等於或小於 50 例，判斷是否適用符合項目 1 及 2 之條件。

2. 上述資料可由衛生局相關業務承辦人協助判斷，或利用本操作說明，至「中央傳染病追蹤管理系統」取得參考資料，該資料為一動態資料庫，數據可能因查詢時間不同略有差異。

【操作步驟】

1. 登入「中央傳染病追蹤管理系統」

(<https://tb.cdc.gov.tw/slow/CA/LoginByCard.asp>)

2. 點選上方連結「醫療院所專區」→再點選「管理清冊」

重新登錄	公文調閱	預警查詢	疫情通報	登記作業	卡片列印	個案管理	管理清冊	族群管理	群聚列管	結核工作手冊
回公布欄	聯繫窗口	清單查詢	主動發現	稽催清冊	查疫品管	確診品管	都治品管	銷案品管	醫事人力	醫療院所專區
重新登錄	預警查詢	疫情通報	個案管理	管理清冊	全面品管	銷案清冊	醫師專區	回公布欄	病床通報	傳染病醫療網
公文調閱	聯繫窗口	通報清單	健保專案	現管清冊	送驗清冊	查疫監測	治療績效	醫事人力	病床統計	公共衛生專區

3. 查詢條件設定

【查核基準 4.3--機構別列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）】

醫療院所結核病個案管理清冊

◆ 區間分類： 管理中清冊 新案通報清冊 重開案清冊

◆ 日期區間： ~

◆ 性別： 不分類 男性 女性

◆ 通報年齡： 不分類 <15 15~49 >49

◆ 次分類： 肺結核 單純肺外結核 全部

◆ 抗藥分類： 不分類 多重抗藥

◆ 通報院所碼：

◆ 照護院所碼：

◆ 銷案院所碼：

- (1) 區間分類：點選「管理中清冊」
- (2) 日期區間：查詢管理中清冊，本項日期區間設定不具作用，僅允許查詢當日資料，可忽略設定
- (3) 性別、年齡：皆點選「不分類」
- (4) 次分類：點選「全部」
- (5) 抗藥分類：點選「不分類」
- (6) 通報院所碼、銷案院所碼：請保持空白
- (7) 照護院所碼：請按「選擇」，選取欲查詢之醫院，會自動代入院所碼
- (8) 確定執行查詢作業
- (9) 查詢結果：於通報個案清單上方呈現 **233人 · 查詢：2009/4/15 下午 05:46:19 ·**
- (10) 請依查詢所得數值，評估該院所需結核病個案管理師人數是否符合查核基準 4.3 符合項目 3 及優良項目 2 之條件。

【查核基準 4.4--機構別一年結核病通報病例數】

- (1) 區間分類：依據業務單位釋疑，通報病例數含新案通報及重開案二部分，請分別點選「新案通報清冊」及「重開案清冊」進行查詢
- (2) 日期區間：選擇稽核日期區間，以 1 年為限
- (3) 性別、年齡：皆點選「不分類」
- (4) 次分類：點選「全部」
- (5) 抗藥分類：點選「不分類」
- (6) 通報院所碼：請按「選擇」，選取欲查詢之醫院，會自動代入院所碼
- (7) 照護院所碼、銷案院所碼：請保持空白
- (8) 確定執行查詢作業
- (9) 查詢結果：於通報個案清單上方呈現 233人 · 查詢：2009/4/15 下午 05:46:19 ·
- (10) 將查詢所得之「新案通報」及「重開案」資料加總，即可判斷該院通報病例數是否大於、等於或小於 50 例，評估該院自評所提數據是否合理。

區間分類點選「新案通報清冊」則查詢結果為新案通報數
區間分類點選「重開案清冊」則查詢結果為重開案通報數

【查核基準 4.4--機構別一年收治結核病病例數】

※本查詢方式無法提供某段區間內累計收治病例數，建議參考前項下載所得之通報病例數及列管中病例數，綜合研判該院自評所提數據是否合理。

自評表附件 5、列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保 專案管理之比率查詢參考步驟說明

*所附圖像係教學範例，不代表真實資料

1. 登入「中央傳染病追蹤管理系統」（https://tb.cdc.gov.tw/slow/main_hosp.asp）。

中央傳染病追蹤管理系統
National Surveillance Network of Communicable Diseases

卡片元件下載說明

選擇卡片種類

健保卡 醫事卡 自然人憑證 CDC職員卡 帳號申請管理

身分證號

第二層密碼

登入系統

訊息視窗（結核病疫情、追蹤、負壓病床、橫向聯繫窗口適用） Taiwan CDC
卡片元件安裝問題 (03)563-0200 分機8 全景客服
E-mail: help@changingtec.com 時間：週一到五9:00-18:00
10/18(四)12:00-13:30因機房網路線路調整，系統暫停使用，造成不便請見諒。

2. 點選上方連結「醫療院所專區」後，再點選「管理清冊」。

重新登錄	公文調閱	預警查詢	疫情通報	登記作業	卡片列印	個案管理	管理清冊	族群管理	群聚列管	結核工作手冊
回公布欄	聯繫窗口	全面品管	清單查詢	稽催清冊	查疫品管	確診品管	都治品管	銷案品管	醫事人力	醫療院所專區

連結「醫療院所專區」請按此處

重新登錄	公文調閱	預警查詢	疫情通報	個案管理	管理清冊	院內品管	全面品管	治療績效	病床通報	傳染病醫療網
回公布欄	聯繫窗口	通報清單	健保專案	基因診斷	稽催清冊	查疫監測	銷案清單	醫事人力	病床統計	公共衛生專區

「管理清冊」請按此處

3. 於「醫療院所結核病案管理清冊查詢」設定查詢條件：

醫療院所結核病個案管理清冊

◆ 區間分類： 管理中清冊 新案通報清冊 重開案清冊

◆ 日期區間： 選擇 ~ 選擇

◆ 性別： 不分類 男性 女性

◆ 通報年齡： 不分類 <15 15~49 >49

◆ 次分類： 肺結核 單純肺外結核 全部

◆ 抗藥分類： 不分類 多重抗藥

◆ 通報院所碼： 選擇

◆ 照護院所碼： 選擇

◆ 銷案院所碼： 選擇

確定執行查詢作業

- (1) 區間分類：點選「管理中清冊」。
- (2) 日期區間：進行管理中清冊查詢時，本項日期區間設定不具作用，僅允許查詢當日資料，可忽略設定。
- (3) 性別、年齡：皆點選「不分類」。
- (4) 次分類：點選「肺結核」。
- (5) 抗藥分類：點選「不分類」。
- (6) 照護院所碼：請按「選擇」，選取欲查詢之醫院後，系統會自動代入院所碼。
- (7) 通報院所碼、銷案院所碼：請保持空白。
- (8) 完成設定條件後，請按「確定執行查詢作業」

4. 查詢結果畫面

醫療院所結核病個案管理清冊

289人 · 查詢：2016/3/14 上午 11:46:28 · 操作：

管理單位	姓名	身分證號	性別	年齡	建檔日	重開日	開始用藥日	DOTS	狀態	X光診斷	套數	塗片	培養	通報院所	照護院所	個案師	個案結果
台北市松山區	蘇 OO	N20*****	女	74	2015/10/28		2015/10/28	是	確診	異常，但無空洞	3	+	+	0401180014	0401180014	廖 OO	
台北市松山區	楊 OO	N20*****	女	62	2016/1/22		2016/1/22	是	確診	異常，但無空洞	3	-	L	0401180014	0401180014	廖 OO	
台北市松山區	張 OO	L10*****	男	75	2016/1/7		2016/1/7	是	確診	正常	3	-	-	0401180014	0401180014	楊 OO	
台北市松山區	黃 OO	U10*****	男	81	2015/11/10		2015/11/9	是	確診	異常，但無空洞	3	-	-	0401180014	0401180014	蘇 OO	
台北市松山區	張 OO	Q20*****	女	64	2015/4/10		2015/4/10	是	確診	異常，且有空洞	3	-	+	0401180014	0401180014	廖 OO	完成管理
台北市松山區	Sv OO	HDO*****	女	46	2015/9/3		2015/9/3	是	確診	異常，但無空洞	3	-	-	0401180014	0401180014	古 OO	死亡
台北市松山區	賴 OO	FCO*****	男	32	2015/5/21		2015/5/20	是	確診	異常，但無空洞	3	-	+	0401180014	0401180014	楊 OO	完成管理

(1) 塗片查核率 100% (288 / 289)，[塗片暨培養] 三套痰查核率 98% (283 / 289)，[塗片暨培養] 確診三套痰查核率 98% (260 / 266)
 (2) 確診塗片陽性率 31% (83 / 266)
 (3) 個案師納管率 (現行照護總數) 100% (289 / 289) - 個案師納管率 (感控查核基準率) 100% (280 / 280)


該院所列管中之結核病個案(不含單純肺外結核個案及外勞)納入健保專案管理之比率

請依查詢所得數值，評估該院所列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保專案管理之比率，是否符合查核基準 4.3 優良項目 3 之條件。

- 5. 因該資料為一動態資料庫（資料會因用藥與檢驗紀錄進行更新），數值可能因查詢時間不同略有差異。
- 6. 請遵守資訊安全規範，確保個案隱私。

自評表附件 6、符合國家標準 CNS14774 之檢測報告範例、醫療器材第一等級與第二等級許可證範例

一、符合國家標準 CNS14774 之檢測報告範例



TTRI 財團法人紡織產業綜合研究所
Taiwan Textile Research Institute

試驗報告 土城場區
TEST REPORT TUCHENG

副 本
C O P Y

日期: 2014.11.27 收件日期: 2014.11.24

報告編號: TA311660 數量: 1件 報告頁次/頁數: (P3/3) 來文字號: 空白

報告抬頭: 試件類別: 口罩

地址: 114 台北市 之4

檢驗報告

試 驗 項 目	試 驗 結 果	試 驗 方 法
合成血液穿透性 壓力:80 mmHg	1	無
	2	無
	3	無
	4	無
	5	無
	6	無
	7	無
	8	無
	9	無
	10	無
空氣交換壓力差 (mmH2O/cm)	4.8	CNS 14777 T4039-2003
現狀防火性	縱向	不著火
	橫向	不著火
	評級	1級

CNS14776規定每次檢測10樣本，須對於80 mmHg人工合成血液無通透性

CNS14777規定每次檢測3樣本，平均壓差須<5

CNS10285規定每次檢測3樣本，平均防火性需為1級

註：空氣交換壓力差，取3個樣品測試。

註：依委託者所提供來樣資料為：
防護口罩
FM-140G
批號：PM0-1407

可能名稱為過濾層型號、過濾層批號、批號等，均代表口罩批號

註：試驗報告僅就委託者之委託事項提供試驗結果，不對產品合法性做判斷。

附註: 1.本報告僅對樣品負責，樣品保留期限為一個月。
Note: This report is only responsible for the submitted sample(s), which will be kept for one month period.
2.本報告非經本檢測及驗證部書面同意，不得摘錄複製，但全部複製除外。
This report cannot be reproduced in any way, except in full context, without the prior approval in writing of this Department of Testing and Certification.
3.試驗報告所載事項不得作為公開廣告及商業推銷之用。
The test report should not be used for public advertisement and commercial promotion.



業綜合研究所
核發人: _____
Authorized by president of
Taiwan Textile Research Institute

紡織所檢測及驗證部 新北市土城區承天路六號
Department of Testing and Certification, Taiwan Textile Research Institute
No.6 Chengtian Rd., Tucheng Dist., New Taipei City 23674, Taiwan (R. O. C.)
Tel : +886-2-22670321 ext. 7107, 7110
+886-2-22698229, +886-2-22698230
Fax: +886-2-22675108, +886-2-22689839

TTRI 財團法人紡織產業綜合研究所
Taiwan Textile Research Institute



副 本
C O P Y

日期: 2014.12.02 收件日期: 2014.11.24 **試驗報告** 土城場區
Date: 2014.12.02 Date of Receipt: 2014.11.24 TEST REPORT TUCHENG

報告編號: TA311660-A 數量: 1件 報告頁次/頁數: (P1/1) 來文字號: 空 白
Report No.: TA311660-A Quantity: 1 Page Order/Pages: (P1/1) Ref. No.: 空 白

報告抬頭: _____ 試件類別: 口罩
Report Title: _____ Item: 口罩

地址: 114 台北市 之4
Address: 114 Taipei 之4

試 驗 項 目	試 驗 結 果	試 驗 方 法
細菌過濾效率(%)	1 99.9	CNS 14775 T4037-2003 CNS14775無樣本數規定，由TTRI規定每次檢測5樣本，細菌過濾效率須為95%以上
金黃色葡萄球菌	2 99.7	
ATCC 6538	3 99.8	
	4 99.9	
	5 99.8	

註：對照組的平均菌落數：2139 CFU。

註：平均粒徑：2.9 μm。

註：測試口罩正面。

註：測試面積為39.5 cm²。

註：依委託者所提供來樣資料為： 防護口罩

FM-140G

批號：PMO-1407

註：試驗報告僅就委託者之委託事項提供試驗結果，不對產品合法性做判斷。



附記：1.本報告僅對樣品負責，樣品保留期限為一個月。

Note: This report is only responsible for the submitted sample(s), which will be kept for one month period.

2.本報告非經本檢測及驗證部書面同意，不得摘錄複製，但全部複製除外。

This report cannot be reproduced in any way, except in full context, without the prior approval in writing of this Department of Testing and Certification.

3.試驗報告所載事項不得作為公開廣告及商業推銷之用。
The test report should not be used for public advertisement and commercial promotion.

財團法人紡織產業綜合研究所
所長授權核發人：
Authorized by president of
Taiwan Textile Research Institute

紡織所檢測及驗證部 新北市土城區承天路六號
Department of Testing and Certification, Taiwan Textile Research Institute
No.6, Chengtian Rd., Tucheng Dist., New Taipei City 23674, Taiwan (R. O. C.)
Tel : +886-2-22670321 ext. 7107, 7110
+886-2-22698229, +886-2-22698230
Fax : +886-2-22675108, +886-2-22689839

TTRI 財團法人紡織產業綜合研究所
Taiwan Textile Research Institute

副 本
C O P Y

日期: 2014.11.27 收件日期: 2014.11.24
 報告編號: TA311660 數量: 1件 報告頁次/頁數: (P1/3) 來文字號: 空白
 報告抬頭: 試件類別: 口罩
 地址: 114 台北市 之4

試驗報告 土城場區
TEST REPORT TUCHENG

試驗項目	試驗結果	試驗方法
防護效率(%) (0.075 μm NaCl, CMD)	1	85.55
	2	84.10
	3	83.35
	4	85.35
	5	83.15
	6	84.35
	7	82.65
	8	83.65
	9	85.30
	10	84.00
	平均	84.15

CNS 14755 Z2125-2011
流速: 85.1(Liter/min)

CNS14755規定每
次檢測10樣本，
防護效率須為80%
以上

註: 依委託者所提供來樣資料為: 防護口罩
批號: PMO-1407

註: 試驗報告僅就委託者之委託事項提供試驗結果, 不對產品合法性做判斷。

- 附記: 1.本報告僅對樣品負責, 樣品保留期限為一個月。
 Note: This report is only responsible for the submitted sample(s), which will be kept for one month period.
 2.本報告非經本檢測及驗證部書面同意, 不得摘錄複製, 但全部複製除外。
 This report cannot be reproduced in any way, except in full context, without the prior approval in writing of this Department of Testing and Certification.
 3.試驗報告所載事項不得作為公開廣告及商業推銷之用。
 The test report should not be used for public advertisement and commercial promotion.



T.T.R.I.
財團法人紡織產業綜合研究所
部長 核發人:
Authorized by president of
Taiwan Textile Research Institute

紡織所檢測及驗證部 新北市土城區承天路六號
 Department of Testing and Certification, Taiwan Textile Research Institute
 No.6, Chengtian Rd., Tucheng Dist., New Taipei City 23674, Taiwan (R. O. C.)
 Tel : +886-2-22670321 ext. 7107, 7110
 +886-2-22698229, +886-2-22698230
 Fax : +886-2-22675108, +886-2-22689839

TTRI 財團法人紡織產業綜合研究所
Taiwan Textile Research Institute



副 本
C O P Y

日期 Date: 2014.11.27 收件日期 Date of Receipt: 2014.11.24 **試驗報告** 土城場區
TEST REPORT TUCHENG

報告編號 Report No.: TA311660 數量 Quantity: 1件 報告頁次/頁數 Page Order/Pages: (P2/3) 來文字號 Ref. No.: 空 白

報告抬頭 Report Title: 試件類別 Item: 口罩

地址 Address: 114 台北市 之4

試驗項目	試驗結果	試驗方法
吸氣阻抗(Pa)	1	122.50
	2	127.40
	3	122.50
	4	121.52
	5	111.72
	6	111.72
	7	113.68
	8	116.62
	9	126.42
	10	114.66
	平均	118.87
呼氣阻抗(Pa)	1	118.58
	2	124.46
	3	119.56
	4	119.56
	5	115.64
	6	111.72
	7	114.66
	8	115.64
	9	125.44
	10	115.64
	平均	118.09

依食品藥物管理署函
釋，外科手術口罩之
核定仿單及標籤未宣
稱具 N95 效果者，
無須符合 CNS14755
呼吸氣阻抗試驗之性
能規格要求。

註: 1mmH2O=9.8Pa。

註: 依委託者所提供來樣資料為: 防護口罩

批號: PM0-1407

註: 試驗報告僅就委託者之委託事項提供試驗結果，不對產品合法性做判斷。

附記: 1.本報告僅對樣品負責，樣品保留期限為一個月。
Note: This report is only responsible for the submitted sample(s), which will be kept for one month period.
2.本報告非經本檢測及驗證部書面同意，不得摘錄複製，但全部複製除外。
This report cannot be reproduced in any way, except in full context, without the prior approval in writing of this Department of Testing and Certification.
3.試驗報告所載事項不得作為公開廣告及商業推銷之用。
The test report should not be used for public advertisement and commercial promotion.



產業綜合研究所
推 核 發 人: _____
y president of
Research Institute

及驗證部 新北市土城區承天路六號
Testing and Certification, Taiwan Textile Research Institute
110, Zhongxing Rd., New Taipei City 23674, Taiwan (R. O. C.)
2670321, 7107, 7110
2698229, +886-2-22698230
2676108, +886-2-2269839

二、醫療器材第一等級許可證範例

衛生福利部第一等級醫療器材許可證

衛生部醫器製查字第 _____ 號

中文名稱：_____ 醫用口罩 (未滅菌)

英文名稱：_____ (Non-Sterile)

類別：第 I 類：一般及整型外科手術裝 藥商名稱：_____

規格：空白

製造廠名稱及地址：_____

效能：限醫療器材管理辦法「醫療用衣物(I.4040)」第一等級鑑別範圍。

處方：空白

前項醫療器材經本部審核與藥事法之規定相符應發給許可證以資證明

衛生福利部

部長蔣丙煌

發證日期 103 年 11 月 21 日

有效日期 108 年 11 月 21 日

核准 展延 至	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
文號				

MK 002954

三、醫療器材第二等級許可證範例

衛生福利部醫療器材許可證

衛生部醫器製字第 _____ 號

中文名稱：_____

英文名稱：_____

類別：_____ 藥商名稱：_____

規格：_____ 衛生福利部製造廠名稱：_____

以下空白

製造廠地址：_____

效能：詳如中文仿單核定本處方：空白

前項醫療器材經本部審核與藥事法之規定相符應發給許可證以資證明

衛生福利部

部長 邱文達

發證日期 103 年 02 月 17 日
有效日期 108 年 02 月 17 日

核准				
展延				
至	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
文號				

1. 衛部(署)醫器製
2. 衛部(署)醫器輸
3. 衛部(署)醫器陸輸
皆為醫療器材**第二等級**查驗登記許可證號

MF 001354

附件 5、實地查核週通知函-醫院（範例）

○○縣（市）（政府）衛生局 函（範例）

地址：○○○

傳真：○○○

聯絡人及電話：○○○

電子郵件信箱：○○○

（郵遞區號）

（地址）

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國 107 年○月○日

發文字號：○○字第 107○○○○○○○○號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：無

主旨：通知貴院本（107）年度醫院感染管制查核行程如說明二，請查照。

說明：

一、依據傳染病防治法第 32 條與醫療機構執行感染管制措施及查核辦法辦理。

二、謹訂於 107 年○月○日-○月○日至貴院進行實地查核作業。

正本：本次受查醫院

副本：本次受查醫院轄屬衛生福利部疾病管制署各區管制中心

附件 6、實地查核通知函-醫院（範例）

○○縣（市）（政府）衛生局 函（範例）

地址：○○○

傳真：○○○

聯絡人及電話：○○○

電子郵件信箱：○○○

（郵遞區號）

（地址）

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國 107 年○月○日

發文字號：○○字第 107○○○○○○○○號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：無

主旨：訂於 107 年○月○日至貴院進行醫院感染管制查核作業，請查照。

說明：

- 一、依據傳染病防治法第 32 條與醫療機構執行感染管制措施及查核辦法辦理，本局將協同○位查核委員於 107 年○月○日至貴院進行實地查核。
- 二、為利查核進行，請貴院參照本年度「醫院感染管制查核作業查核基準」備齊相關書面資料，並於實地查核時供查核委員參閱。
- 三、實地查核期間，依規定除茶點、飲料外，均不接受醫院招待及各項饋贈、紀念品或禮品等，敬請惠予配合。
- 四、查核委員實地查核時，請貴院指派業務相關同仁陪同並協助說明，惟以不影響醫療作業正常運作為原則，查核作業進行方式及時間分配表請參閱本年度醫院感染管制查核手冊內容。

正本：本次所有受查醫院

副本：本次受查醫院轄屬衛生福利部疾病管制署各區管制中心

附件 7、107 年度醫院感染管制查核表

醫療機構代碼：_____ 醫院名稱：_____ 查核日期：107 年 _____ 月 _____ 日

縣市別：台北市 高雄市 基隆市 新竹市 台中市 台南市 嘉義市 新北市 桃園市
新竹縣 宜蘭縣 苗栗縣 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 屏東縣 澎湖縣
花蓮縣 台東縣 金門縣 連江縣

轄屬之疾管署管制中心：臺北區管制中心 北區管制中心 中區管制中心 南區管制中心 高屏區管制中心 東區管制中心

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見 (查核結果為「不符合」之項目 務必說明)	建議事項 (查核結果為「符合」或「優良」項目 可視需要填列)
1. 落實執行感染管制措施			
1.1 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
1.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
1.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理員工教育訓練，傳染病疫情，確實傳達及執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
1.4 院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		

附件 7、107 年度醫院感染管制查核表

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見 (查核結果為「 <u>不符合</u> 」之項目 務必說明)	建議事項 (查核結果為「 <u>符合</u> 」或「 <u>優良</u> 」項目 可視需要填列)
1.5 應訂有合適之隔離措施及動線規劃， 且訂有大規模感染事件發生之應變計 畫，並確實執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
1.6 定期對醫療照護相關感染的發生及其 動向開會檢討分析，並訂定改善方案	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
2. 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境 清消			
152 2.1 確實執行衛材、器械、機器之清潔、 消毒及滅菌管理	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
2.2 供應室應配置適當人力，清潔區及污 染區應做區隔且動線規劃合宜	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		
2.3 落實環境清潔消毒及管理	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
3. 落實抗生素抗藥性管理			
3.1 抗生素管理計畫之領導與責任	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		

附件 7、107 年度醫院感染管制查核表

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見 (查核結果為「 <u>不符合</u> 」之項目 務必說明)	建議事項 (查核結果為「 <u>符合</u> 」或「 <u>優良</u> 」項目 可視需要填列)
3.2 抗生素使用監測管理機制	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		
3.3 抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		
4. 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施			
4.1 訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關聯繫	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
4.2 具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		
4.3 有專人負責結核病個案管理及衛教工作	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
4.4 具有結核病診治機制	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
4.5 住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者的追蹤資料	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
4.6 防護裝備儲備管理符合規定	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		

附件 7、107 年度醫院感染管制查核表

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見 (查核結果為「 <u>不符合</u> 」之項目 務必說明)	建議事項 (查核結果為「 <u>符合</u> 」或「 <u>優良</u> 」項目 可視需要填列)
4.7 建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 本項免評		
4.8 醫療機構之肝炎預防措施	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
5. 員工保護措施			
5.1 訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行	<input type="radio"/> 優良 <input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		
5.2 對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合		

綜合評語（請查核人員摘要描述受查核醫院執行感染管制業務之其他建議事項）：

查核人員簽名：

查核委員：_____ 衛生局：_____

受查核醫院回饋意見（請受查核醫院簡要描述對實地查核過程、查核結果之意見）：

- 無意見
- 意見簡述如下：

受查核醫院代表簽名：_____

註：醫院感染管制查核表第一聯(白)：查核醫院留存；第二聯(綠)：衛生局留存；第三聯(紅)：衛生福利部疾病管制署各區管制中心留存

附件 8、查核結果、缺失及建議事項通知函(範例)

○○縣（市）（政府）衛生局 函（範例）

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國 107 年○月○日

發文字號：○○字第 107○○○○○○○○號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：107 年度醫院感染管制查核作業查核結果

主旨：檢送貴院 107 年度醫院感染管制查核結果乙份（附件），請 查照。

說明：

- 一、依據醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第 16 條辦理。
- 二、請貴院依查核作業查核結果完成「缺失事項」改善（改善期限以 2 個月為原則），「建議事項」則請貴院參酌辦理；並請於○○月○○日前，至感染管制查核作業系統完成「缺失與建議事項辦理情形」資料填報作業。

正本：○○醫院

副本：衛生福利部疾病管制署○○區管制中心、本局疾病管制課/科/處

107 年度醫院感染管制查核作業查核結果（範例）

醫療機構代碼	醫療機構名稱	查核結果%		
		不符合	符合以上	優良
		%	%	%
查核委員				
總病床數				

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見	建議事項
1. 落實執行感染管制措施			
1.1 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項			
1.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行			
1.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理員工教育訓練，傳染病疫情，確實傳達及執行			
1.4 院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制			
1.5 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行			
1.6 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案			
2. 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消			
2.1 確實執行衛材、器械、機器之清潔、消毒及滅菌管理			
2.2 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜			
2.3 落實環境清潔消毒及管理			
3. 落實抗生素抗藥性管理			
3.1 抗生素管理計畫之領導與責任			

項 目	查核結果	缺失原因與改善意見	建議事項
3.2 抗生素使用監測管理機制			
3.3 抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施			
4. 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施			
4.1 訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫			
4.2 具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施			
4.3 有專人負責結核病個案管理及衛教工作			
4.4 具有結核病診治機制			
4.5 住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者的追蹤資料			
4.6 防護裝備儲備管理符合規定			
4.7 建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制			
4.8 醫療機構之肝炎預防措施			
5. 員工保護措施			
5.1 訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行			
5.2 對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程			
綜合評語：			

附件 9、感染管制問題諮詢回復單

醫院感染管制問題諮詢提問單

提問日期：____年__月__日__時

案件編號：107 □□□□-□□□□

一、提案單位基本資料

姓名：_____服務機構名稱：_____

職稱（可複選）：醫師 護理師 醫檢師 行政人員

感染管制小組成員 感染管制委員會成員

所屬機構的類型：診所 地區醫院 區域醫院 醫學中心 其他

電話：_____ 傳真：_____

E-Mail：_____

二、提問內容

1. 問題諮詢通路：網路 電話 傳真 信件 公文 其他

2. 問題類型：

感染管制查核作業與基準問題

臨床感染管制問題—群突發 抗生素 防疫 感染管制 其他

3. 案件速別：最速件（1天） 速件（3天） 普通（7天）

4. 回覆方式：電子郵件 網路 Q&A 問答集

5. 諮詢內容（敬請提案單位協助完善說明，以利答復）：

說明：

※本提問單除案件編號，由受理平台填寫外，其餘欄位，均由提問者填寫。

醫院感染管制問題諮詢回覆單

答覆日期：____年__月__日__時

致：_____提問人

三、問題答覆：

1. 回覆方式： 電子郵件 網路 Q&A 問答集

2. 回覆內容：

3. 回覆者基本資料

姓名：_____服務單位：_____

職稱：_____電話：_____傳真：_____

E-Mail: 回覆日期：____年__月__日

參考資料 1、「106 年抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案」核定醫院名單

106/03/08 核定

序號	類別	區域別	縣市別	層級別	服務機構名稱
1	第一類	台北區	台北市	醫學中心	三軍總醫院附設民眾診療服務處
2			新北市	區域醫院	衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉
3			新北市	區域醫院	財團法人天主教耕莘醫院
4		北區	桃園市	醫學中心	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院
5		中區	台中市	醫學中心	臺中榮民總醫院
6			彰化縣	醫學中心	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
7		南區	台南市	醫學中心	奇美醫療財團法人奇美醫院
8			台南市	醫學中心	國立成功大學醫學院附設醫院
9		高屏區	高雄市	醫學中心	高雄榮民總醫院
10			高雄市	醫學中心	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
1	第二類	台北區	新北市	醫學中心	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
2		北區	桃園市	區域醫院	壠新醫院
3		中區	台中市	醫學中心	中國醫藥大學附設醫院
4		中區	台中市	醫學中心	中山醫學大學附設醫院
5		高屏區	高雄市	區域醫院	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
6		高屏區	屏東縣	區域醫院	安泰醫療社團法人安泰醫院

參考資料 2、抗生素抗藥性管理通報系統通報項目

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	需通報左列項目菌屬下之所有菌種資料，如 <i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i> 、 <i>E. vulneris</i> ...等； <i>Klebsiella</i> spp. 包括 <i>K. pneumoniae</i> 、 <i>K. ozaenae</i> 、 <i>K. rhinoscleromatics</i> ...等
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Yersinia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	1.需通報左列項目菌屬下之所有菌種資料，如： <i>E. faecalis</i> 、 <i>E. faecium</i> 、 <i>E. avium</i> ...等 2.無法分型之醫院，可通報 <i>Enterococcus</i> spp.
13	<i>Acinetobacter baumannii</i>	
14	<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>	
15	<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> - <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
16	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
17	<i>Staphylococcus aureus</i>	
18	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
19	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
20	<i>Clostridium difficile</i>	
21	<i>Helicobacter pylori</i>	

參考資料 3、符合「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制
上傳法定傳染病通報或實驗室資料」之醫療院所

參考資料 3、符合「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通
報或實驗室資料」之醫療院所

縣市	醫院	「運用醫院電子病歷進行傳染病通報功能」	「實驗室傳染病自動通報系統」
台北市	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	●	●
	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	●	●
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	●	●
	臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理	●	●
	臺北醫學大學附設醫院	●	
	國立臺灣大學醫學院附設醫院	●	●
	臺北榮民總醫院	●	●
	三軍總醫院附設民眾診療服務處	●	●
	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	●	
	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	●	
	臺北市立聯合醫院(仁愛/忠孝/中興/陽明/和平婦幼/林森中醫昆明/松德院區)		●
	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院	●	
新北市	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	●	●
	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	●	●
	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院		●
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	●	●
基隆市	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	●	●
桃園市	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	●	●
	壠新醫院	●	●
	衛生福利部桃園醫院	●	
	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	●	●
	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	●	
	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院	●	
新竹市	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	●	●
	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	●	●
新竹縣	東元綜合醫院		●
苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院(總院/仁愛/東興院區)		●

參考資料 3、符合「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料」之醫療院所

縣市	醫院	「運用醫院電子病歷進行傳染病通報功能」	「實驗室傳染病自動通報系統」
台中市	中國醫藥大學附設醫院	●	●
	臺中榮民總醫院	●	●
	中山醫學大學附設醫院	●	●
	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	●	
	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	●	●
	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處中清分院	●	
	中山醫學大學附設醫院中興分院	●	●
	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院		●
	光田醫療社團法人光田綜合醫院		●
彰化縣	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	●	●
	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院		●
雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院		●
南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院		●
嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院		●
嘉義縣	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	●	●
	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院		●
台南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	●	●
	國立成功大學醫學院附設醫院	●	●
	郭綜合醫院	●	
	衛生福利部台南醫院	●	
	台南市立醫院	●	
	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	●	
	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	●	
高雄市	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	●	●
	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	●	●
	高雄榮民總醫院	●	●
	高雄市立大同醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營）	●	●
	高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）	●	●
	義大醫療財團法人義大醫院	●	
	高雄市立聯合醫院	●	
	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	●	●
	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處	●	●

參考資料 3、符合「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制
上傳法定傳染病通報或實驗室資料」之醫療院所

縣市	醫院	「運用醫院電子病歷進行傳染病通報功能」	「實驗室傳染病自動通報系統」
高雄市	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處	●	●
屏東縣	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	●	●
	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	●	
宜蘭縣	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院		●
花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	●	●
	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	●	●
台東縣	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	●	●
澎湖縣	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	●	

參考資料 4、醫院感染管制查核作業 Q&A

基準問答：

項次 1.2

Q1. 有關符合項目 2- (3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 以上。其所指「專責」之醫師與護理人員是否需有感染科或感染管制師證照？

A1. 本項所指之專責醫師及專責護理人員，係為醫院指派該院之專任醫師與護理人員負責感染管制業務推行。前揭之醫師與護理人員不需有感染科或感染管制師證照，但前一年需參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上。

項次 1.4

Q2. 有關本項次評量共識 2 內容：符合項目 2 係指於濕洗手設備處可同時備有肥皂、手部消毒劑及擦手紙，或是僅備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙...，請問此處所提之「去污作用」的定義為何？

A2. 本項次評量共識 2 之有關符合項目 2「去污作用」說明，係指含皂的手部消毒劑。

項次 3.3

Q3. 有關於 TNIS 系統進行抗生素抗藥性管理通報，今年為試評項目，是否會影響評核成績？另以後是否會納入正式評量項目？

A3. 本項為 107 年度試評項目，未達成者不影響此項基準是否得被評定為符合；後續將依試辦結果，評估納入正式評量的項目與期程。

Q4. 有關評量共識所述符合項目 2 之以歸人統計提供敏感性之百分比，歸人的做法為何？

A4. 建議為每 1 個病人在統計的期間內，相同的菌種，不管任何的檢體別或藥敏結果是否相同，只收集第 1 次培養出菌種。

Q5. 本院為精神科醫院沒有採集微生物檢體，是否得免評？

A5. 是。

項次 4.8

Q6. 有多重抗藥性細菌、困難梭狀桿菌的病人環境，漂白水需提高有效消毒濃度至 1000 ppm，但我們現行做法是 5000ppm，請問有關本項次的漂白水濃度的使用共識為何？

A6. 評量共識中，有關帶有多重抗藥性細菌、困難梭狀桿菌病人之透析環境清潔消毒的漂白水使用濃度，係依據本署公布之醫療機構血液透析感染管制措施指引載入；該濃度建議屬有效消毒濃度下限，院方若評估使用較高濃度的漂白水，並未違反評量共識。

項次 5.1

Q7. 查核項次 5.1 評量共識 1. 評分說明符合項目-1 「訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施」，係指醫院有落實 B 型肝炎與季節性流感疫苗之接種，季節性流感疫苗接種率應達 80%（含）以上。請問有關 MMR 疫苗接種率是否需有共識要達到多少%以上？另外，對於不願意接受且已簽署拒絕接種 MMR 疫苗切結書的高風險單位醫療照護工作人員，現在是否有需要再補打？

A7. 有關本項次院內高風險單位（急診、感染科、小兒科、婦產科）全體醫療照護工作人員以及全院新進人員的 MMR 疫苗接種的執行情形，於本年度查核係以優良項目評分說明方式進行查核，評量共識雖未訂定接種率閾值，但針對不願意接受且簽署拒絕接種 MMR 疫苗切結書的醫療照護工作人員，仍應深入瞭解拒絕接種疫苗之原因，規劃及推動改善計畫，持續提升符合疫苗接種資格之高風險單位醫療照護工作者及新進人員人員的 MMR 疫苗接種完成率。另有鑒於日前國內麻疹疫情曾造成醫院內群聚及醫療照護工作人員感染的情形發生，疾病管制署擬自明（108）年度起將高風險單位（急診、感染科、小兒科、婦產科）全體醫療照護工作人員以及全院新進人員的 MMR 疫苗接種的執行情形由優良項目調整為符合項目，相關說明將另函通知。

Q8. 有關流感疫苗施打率的計算，於本項評量共識 1 說明分母為 106 年 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員（含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。可是，於衛生局系統中所擷取轄下醫院內的流感疫苗接種率時，並不會扣除具接種禁忌症與不適合接種的人員資料，所以流感疫苗接種率會比醫院自行統計的數值偏低，應如何處置？

A8. 依醫院感染管制查核作業醫院自評表規定，分母為醫事及非醫事人員（含外包人力、在地區級以上教學醫院值勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員。因此，兩者間的差異值是可以向衛生局說明自己醫院的狀況與計算方式。

Q9. 有關流感疫苗接種率的計算分母含括之醫事實習生，想請問如果實習護生在醫院內的實習區間只有 1~2 週，也需要納入嗎？

A9. 若實習護生實習期間落在接種疫苗期間，仍應予以計算。

感染管制查核作業系統教學問答：

Q1. 請問上傳至感染管制查核作業系統的 PDF 附件檔可以先經過壓縮嗎？檔案名稱命名的字數是否有限制？

A1. 上傳的檔案類型原則以 PDF 格式為主，且檔案大小勿超過 2MB。於上傳前可進行壓縮，檔名的字數無特定限制。

Q2. 如需感染管制查核作業系統的客服協助，但客服電話一直忙線怎麼辦？

A2. 可將出現問題的畫面截圖寄信至「cdctnis@cdc.gov.tw」，簡要說明問題內容並留下您的聯絡資訊(姓名與電話)，以方便客服窗口儘速與您連繫。

Q3. 醫院自評表附表四，若院內於去（106）年沒有發生群突發事件，應於此欄位填「無」還是要空白？

A3. 若受查核醫院於 106 年未發生群突發事件，可於本欄位填寫「無」。

Q4. 今年無須接受醫院內感染管制實地查核的醫院，有需要填寫自評表嗎？

A4. 感染管制查核作業自評表填寫作業系統，僅開放今年接受醫院內感染管制實地查核的醫院登入填寫。

Q5. 有關本年度查核結果的「缺失與建議事項辦理情形」，在『簽核文件上傳』是只要上傳簽核頁面即可，還是連同後附的整份資料文件都需要上傳？

A5. 建議將缺失及建議事項執行成果一覽表整份文件上傳，但如果目前執行情形的說明內容有附件，請將附件與簽核文件分開以不同檔案上傳。

防疫視同作戰·團結專精實幹
疫情通報及諮詢專線：1922