

正本

檔 號：

保存年限：

## 雲林縣衛生局 函

111年4月12日

收字第 104 號

機關地址：640204雲林縣斗六市府文路34號

承辦人：陳旻秀

電話：(05)7002163

傳真：(05)5344076

電子信箱：yls520@ylshb.gov.tw

雲林縣六市雲林路2段211號6樓之10

受文者：雲林縣中醫師公會

發文日期：中華民國111年4月8日

發文字號：雲衛醫字第1113000263號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送「111年雲林縣衛生局診所督導考核表」、「111年雲林縣診所設有門診手術室或產房等設施提升手術安全作業『手術安全流程及麻醉照護品質』督導考核表」、「111年雲林縣基層診所COVID-19感染管制輔導訪查表」及「COVID-19採檢對象轉診就醫注意事項」各1份，請貴會轉知會員配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據醫療法第28條及其施行細則第17條規定辦理。
- 二、有關「111年雲林縣基層診所COVID-19感染管制輔導訪查表」，本局疾病管制科業建請衛生所防疫承辦人員至各診所輔導訪查。
- 三、副本抄送本局稽查組，請協助於111年11月25日前完成各診所「111年雲林縣衛生局診所督導考核表」、「111年雲林縣診所設有門診手術室或產房等設施提升手術安全作業（手術安全流程及麻醉照護品質）督導考核表」督考業務。

正本：社團法人雲林縣醫師公會、雲林縣中醫師公會、社團法人雲林縣牙醫師公會、雲林縣診所協會

副本：各鄉鎮市衛生所(含附件)、本局疾病管制科、本局稽查組、本局醫政科

# 局長曾春美

## 111 年雲林縣衛生局診所督導考核表

壹、基本資料：

編號：( )

1. 名稱：\_\_\_\_\_ 2. 負責醫師：\_\_\_\_\_ 3. 電話：\_\_\_\_\_

4. 地址：雲林縣\_\_\_\_\_ (鄉.鎮.市) \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路(街) \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 號之 \_\_\_\_\_ 樓

5. 開業日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 6. 開業執照：雲府衛醫(中.牙)字第 \_\_\_\_\_ 號

7. 醫師證書字號：醫(台中.牙)字第 \_\_\_\_\_ 號 8. 專科醫師證書：\_\_\_\_\_ 號

9. 診所使用面積 \_\_\_\_\_ 平方公尺(診所自填/述)

貳、考核項目：

1. 診療科別(可複選)：內科 外科 兒科 耳鼻喉科 家醫科 婦產科 骨科  
西醫一般科 中醫 牙科 其他 \_\_\_\_\_

2. 病床數：嬰兒床 \_\_\_\_\_ 床、產科病床 \_\_\_\_\_ 床、血液透析床 \_\_\_\_\_ 床、觀察床 \_\_\_\_\_ 床  
診療室 \_\_\_\_\_ 間、門診手術室 \_\_\_\_\_ 間

3. 執業登記人員：醫師 \_\_\_\_\_ 人、中醫師 \_\_\_\_\_ 人、牙醫師 \_\_\_\_\_ 人、護理師 \_\_\_\_\_ 人、  
護士 \_\_\_\_\_ 人、助產師(士) \_\_\_\_\_ 人、藥師(藥劑生) \_\_\_\_\_ 人、  
醫事檢驗師(生) \_\_\_\_\_ 人、醫事放射師(士) \_\_\_\_\_ 人、  
物理治療師(生) \_\_\_\_\_ 人、職能治療師(生) \_\_\_\_\_ 人、  
驗光師(生) \_\_\_\_\_ 人

\*人員是否符合設置標準：(每 2 間診療室或設觀察床者各需聘護理人員 1 人) 是 否

4. 稽查當日在場人員：醫師 \_\_\_\_\_ 人、中醫師 \_\_\_\_\_ 人、牙醫師 \_\_\_\_\_ 人、護理師 \_\_\_\_\_ 人、  
護士 \_\_\_\_\_ 人、助產師(士) \_\_\_\_\_ 人、藥師(藥劑生) \_\_\_\_\_ 人、  
醫事檢驗師(生) \_\_\_\_\_ 人、醫事放射師(士) \_\_\_\_\_ 人、  
物理治療師(生) \_\_\_\_\_ 人、職能治療師(生) \_\_\_\_\_ 人、  
驗光師(生) \_\_\_\_\_ 人

項次	考核項目	是	否
5	開業場所與登錄事項是否相符		
6	登錄事項是否符合醫療法及醫療機構設置標準之規定		
7	開業執照、診療時間及診療事項等，是否依規定揭示於明顯處所		
8	醫事人員是否按規定辦理執業登記		
9	醫事人員是否有配戴執業執照		
10	70歲以上高齡醫師核對門診表是否親自執業 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
11	一般性醫療廢棄物及感染性醫療廢棄物是否分類收集，並納入醫療廢棄物共同、聯合處理體系或委託合格處理業者按規定處理，並有紀錄備查(事業廢棄物妥善處理紀錄文件)		
12	是否具備適當之消防設備及安全措施		
13	X光設備： <input type="checkbox"/> 無此設備 <input type="checkbox"/> 有設備、登記證並由合格人員操作 X光設備：_____台，最高機齡：_____年		
14	病歷是否依相關規定製作，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日		
15	病歷或紀錄如有增刪，是否於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗毀		
16	病歷紀錄及保管情形是否符合醫療法及醫師法之規定，病歷類型： <input type="checkbox"/> 1. 實體病歷 <input type="checkbox"/> 2. 電子病歷 <input type="checkbox"/> 3. 實體+電子病歷 <input type="checkbox"/> 4. 未製作病歷 *如製作電子病歷應符合衛生福利部公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定，並應揭示於機構內明顯處所		
17	門牆醫療廣告(市招)是否符合醫療法之規定 不符合項目(請檢附照片): <input type="checkbox"/> 專治專門字樣 <input type="checkbox"/> 診療科別不符 <input type="checkbox"/> 以「中心」廣告內容 <input type="checkbox"/> 內容虛偽誇張不實 <input type="checkbox"/> 其他:		
18	開立收據是否符合衛生福利部「醫療費用明細收據(參考格式)」規定		
19	是否符合衛生福利部公告「醫療機構收取掛號費參考範圍」 【門診—新台幣0到150元，急診—新台幣0到300元】		
20	是否將醫療機構收費項目及費額公告於明顯處且提供民眾查詢，並確實依照醫療法第22條規定辦理		
21	是否確依醫療法施行細則第11條規定，將收取之醫療費用及非醫療費用之項目及費額明細載明於收據，並依醫療法第81條規定事先告知病人同意後，始得為之		
22	是否將病歷複製本之申請流程及收費方式，公開於機構明顯處		

項次	考核項目	是	否
23	是否符合衛生福利部公告「醫療機構醫療隱私維護規範」之規定辦理		
24	是否聘用未具醫師資格人員，從事醫療業務情事		
25	查核中醫診所是否容留未具醫事人員資格執行中醫傷科推拿 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
26	中醫診所是否有使用禁藥情事		
27	是否有非醫事人員執行醫療、護理及調劑等相關業務情事		
28	護理人員是否擅自執行「洗牙」、「病歷記載」等醫療行為		
29	未配置護理人員之診所，是否於明顯處揭露相關訊息 (例如:本診所護理業務由醫師親自執行、將診所執業登記人員名冊公告於明顯處。)		
30	麻醉科專科醫師執行業務狀況，是否依相關規定辦理(如：支援報備手續、親自診療業務、病歷各項醫療業務應簽名或蓋章) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
31	給藥有否三讀五對 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 釋出處方簽		
32	藥袋(依醫療法第66條之12項標示)及處方簽標示是否符合規定 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 釋出處方簽		
33	是否確依藥師法第11條規定辦理藥事人員支援報備 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用(處方釋出)		
34	是否重複利用已載有病人就醫資料之相關用紙		
35	是否依照診所安全作業參考指引辦理及訂定標準作業流程(相關資料或相片呈現)		
36	是否辦理衛生福利部函頒之當年度醫療品質與病人安全工作目標 <input type="checkbox"/> 有效溝通 <input type="checkbox"/> 用藥安全 <input type="checkbox"/> 手術安全 <input type="checkbox"/> 預防跌倒 <input type="checkbox"/> 感染管制 <input type="checkbox"/> 維護孕產兒安全		
37	是否有建立病人意外事件通報(向負責醫師通報)及處理流程(如：跌倒、藥物疏失、、、)		
38	是否申請加入「台灣病人安全通報系統(TPR)」，如有病人安全異常事件請完成通報資料		
39	醫療機構醫療暴力應變機制建立：		
	(1)是否知道發生醫療暴力時，應通報110報警		
	(2)是否知道鄰近派出所：_____派出所，電話：_____		
	(3)是否確實依「滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務案件通報與處置標準流程」通報衛生局		

項次	考核項目	是	否
	(4)是否知道使用醫療暴力案件通報單，需一併通報地方檢察署窗口		
40	是否提供針劑注射業務，並確依醫療法第 56 條第 2 項規定，全面實施提供安全針具 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
41	是否依照衛生福利部公告「安全針具品項清單」，提供使用安全針具 <input type="checkbox"/> 是，提供安全針具品項之許可證字號_____。 <input type="checkbox"/> 否，未提供安全針具理由_____。		
42	醫療核心業務（洗腎、醫事人員）是否有外包情形		
	(1)醫療院所提供病人醫療服務，是否有非自行進用之醫事人員及醫療業務委外辦理等情事，若有，項目：_____		
43	(2)查核及輔導若有醫療業務之外包，是否依「醫療機構業務外包契約建議應記載之基本事項」及「醫療機構業務外包作業指引」規定辦理 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
43	是否確實使用衛生福利部公告「手術同意書」、「麻醉同意書」及「口腔手術局部麻醉同意書」等格式 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
44	急救設備是否定期檢測功能及維護保養 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
45	*設有血液透析病床之醫療機構，其逆滲透水處理設備一事是否符合醫療器材管理辦法規定 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
46	是否有附設兒童遊戲場設施 *若有，請輔導應依兒童遊戲場設施安全管理規範第 7 點規定辦理，檢具相關表件向衛生局完成備查手續。		
47	美容醫學機構之管理業務：是否設有美容醫學部門 (如有，依 111 年度醫療機構美容醫學督考查核表辦理；另同意書範本請逕上衛福部醫事司—美容醫學資訊專區查詢)		
48	牙科診所之管理業務：是否設置有身心障礙牙科門診（限本縣指定之身心障礙牙科醫療服務院所）（若無，以下免填） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		
	(1)身心障礙牙科門診：診次每週≥3 診，以身障者為優先看診方式，採隨到隨看方式或預約方式辦理(請於門診表上註明)		
	(2)身心障礙牙科門診專用貼紙張貼於明顯處		
49	是否設有無障礙設施（輔導調查項目） （不論是否設置，皆須填寫 111 年度診所設置無障礙設施輔導調查表）		

項次	考核項目	是	否
50	<p>是否有其他違反規定事項：</p> <p>※貴_____診所尚有以下應改善項目</p> <p><input type="checkbox"/>人員配置未符合設置標準（改善結果文件：執業執照影本）</p> <p><input type="checkbox"/>病歷製作未符合規定（改善結果文件：病歷影本）</p> <p><input type="checkbox"/>診所市招未符合醫療法之規定（改善結果文件：相片）</p> <p><input type="checkbox"/>醫事人員未辦理執業登記或支援報備手續</p> <p>請記載姓名及專業證書字號：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p> <hr/> <p>※請於_____年_____月_____日前完成改善，並將改善結果文件通知本局稽查組，且接受複查，屆期未將改善結果通知本局者，將列為稽查重點機構，如經稽查結果仍不符合規定者，依相關法規處分。</p>		

負責人簽章：\_\_\_\_\_

檢查人員簽章：\_\_\_\_\_

考核日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 雲林縣 111 年度醫療機構美容醫學督考查核表

一、名稱：\_\_\_\_\_ 二、負責醫師：\_\_\_\_\_

三、地址：\_\_\_\_\_ (鄉、鎮、市) \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路(街) \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 號之 \_\_\_\_\_ 樓

## 四、診所執行美容醫學相關業務查核基本資料

項目	機構現況
1. 機構網址	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，網址：_____
2. 醫事人員別及人數	<input type="checkbox"/> 執業登錄：_____人 <input type="checkbox"/> 過去三個月內報備支援：_____人
3. 美容技術人員/ 諮詢人員	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____人(請填寫表格一) *美容技術士證照：分為丙級及乙級兩種類別，乙級為熟練技術士、丙級為一般技術士。
4. 鎮靜及麻醉服務 *有關鎮靜安眠、止痛及全身麻醉定義請參考附表一	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 中度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 深度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 全身麻醉 承上，若提供深度鎮靜或全身麻醉照護，其執行者為： <input type="checkbox"/> 麻醉專科醫師 <input type="checkbox"/> 非麻醉專科醫師 <input type="checkbox"/> 麻醉護理師(士) <input type="checkbox"/> 其他：_____
5. 是否參與醫策會美容醫學品質認證	<input type="checkbox"/> 無(輔導參加) <input type="checkbox"/> 有，參加_____年度
6. 施行項目	特定美容醫學手術 <input type="checkbox"/> 臉部削骨 <input type="checkbox"/> 臉部以外其他部位削骨 <input type="checkbox"/> 中臉部、全臉部拉皮(full face lift) <input type="checkbox"/> 單次脂肪抽出量達一千五百毫升或單次脂肪及體液總抽出量達五千毫升 <input type="checkbox"/> 腹部整形 <input type="checkbox"/> 鼻整形 <input type="checkbox"/> 義乳植入之乳房整形 <input type="checkbox"/> 全身拉皮手術
	其他服務

## 五、查核項目：

序號	查核項目	不符合	符合	備註
A	於醫療機構內明顯處揭示「專科醫師證書」			
B	於醫療機構內入口處明顯揭示服務項目及收費			
C	各項美容醫學醫療費用均經地方主管機關核定			
D	未以預約治療為名目預收醫療費用(如販賣美醫卷)			
E	符合衛福部公告範本之美容醫學處置同意書及說明書(內容重點需包含醫療法第81條規定事項、醫師專科別、醫師專科證書字號、各項處置費用及說明該手術或處置非屬急迫性質不於當日施作等項)			
F	美容醫學處置同意書及說明書有完整醫病雙方簽名。			
G	醫療機構市招所示機構名稱，與開業執照相符。			
H	<input type="checkbox"/> 美容醫學醫療機構如與美容中心(不涉及醫療服務內容者)同址設立，應各自有獨立空間及獨立進出門戶，且使用空間應明確區隔 <input type="checkbox"/> 無同址設立			
I	醫療機構內未有非醫事人員執行醫療業務(有同址設立情形者應嚴查本項)			

※如為不符合，請於備註欄簽註說明。

※抽查病歷 3 本，病歷號碼：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。

※請於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前完成改善，並將改善結果文件通知本局稽查組，且接受複查，屆期末將改善結果通知本局者，將列為稽查重點機構，如經稽查結果仍不符合規定，依相關法規處分。

負責人簽章：\_\_\_\_\_ 檢查人員簽章：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附表一、鎮靜安眠、止痛及全身麻醉定義

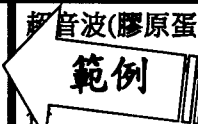
(參考台灣麻醉醫學會與美國麻醉醫學會)

	輕度鎮靜/止痛 (Anxiolysis)	中度鎮靜/止痛 (Conscious Sedation)	深度鎮靜/止痛	全身麻醉
意識反應	對語言呼叫就有正常反應	對語言呼叫或碰觸刺激才有反應	對重覆呼叫或疼痛刺激才有反應	無反應，甚至對疼痛刺激也無反應
呼吸道	不受影響	不需呼吸道處置	可能需要呼吸道處置	通常需要呼吸道處置
自發性呼吸	不受影響	足夠	可能不足	通常不足
心血管功能	不受影響	通常可維持	通常可維持	可能會受影響
常用參考藥物	Opiate	1. Benzodiazepines 類藥物，如 Midazolam、Valium 2. 或混合其他止痛藥物使用時 (如 Opiate、analgesics)	1. Propofol 2. 或混合其他止痛藥物使用時	1. Propofol 2. 或混和其他麻醉藥物
監測儀器涵蓋範圍	生命徵象	1. 生命徵象 2. 至少每 5 分鐘監測呼吸速率 3. 心電圖(可選)	1. 心電圖 2. 血壓 3. 氧氣飽和度 4. 呼吸速率或二氧化碳濃度	1. 心電圖 2. 血壓 3. 氧氣飽和度 4. 呼吸速率 5. 二氧化碳濃度

出處：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 美容醫學品質認證申請手冊



● 美容技術人員、諮詢人員、行政人員名冊

機構名稱	職稱	姓名	專業技能/訓練	服務項目	備註
美容醫學中心	美容技術人員	林○○	1.美容師丙級證照 2.BLS 證書	 超音波(膠原蛋白)導入、美 容、櫃台接	

## 雲林縣 110 年度診所設置無障礙設施輔導調查表

一、名稱：\_\_\_\_\_ 二、負責醫師：\_\_\_\_\_

三、地址：\_\_\_\_\_（鄉、鎮、市）\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_路（街）  
 \_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_號之\_\_\_\_\_樓

四、無障礙設施查核項目：

項目	機構現況
(一)無障礙通道	1. 出入口有無緩和坡道 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	2. 有無引導標誌 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	3. 有無愛心鈴 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	4. 有無昇降設備 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
(二)無障礙廁所	1. 有無求助鈴 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	2. 有無指示標誌 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	3. 有無扶手 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	4. 有無橫向拉門 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	5. 有無迴旋空間 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	6. 廁所與通道有無高低差 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
(三)輔助溝通	1. 有無點字或圖示藥袋 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	2. 有無溝通圖文板 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	3. 有無多語言表單、藥袋及衛教資訊 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>
	4. 有無通譯服務 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</span>

負責人簽章：\_\_\_\_\_

檢查人員簽章：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 111 年雲林縣診所設有門診手術室或產房等設施 提升手術安全作業(手術安全流程及麻醉照護品質)督導考核表

1. 名稱：\_\_\_\_\_ 2. 負責醫師：\_\_\_\_\_
3. 地址：\_\_\_\_\_ (鄉.鎮.市) \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路(街) \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 號之 \_\_\_\_\_ 樓
4. 診所是否設置門診手術室或產房等設施，並執行手術相關業務 是 否  
※ 此項若為否，以下第 5 至 21 項均無需查核)
5. 是否獲得病人/家屬之同意並簽署手術(生產)及麻醉同意書 是 否
6. 是否確實使用衛生福利部公告「手術同意書」及「麻醉同意書」等格式 是 否
7. 手術前是否確實核對手術病人姓名. 手術部位. 手術術式. 特殊病史及過敏史 是 否
8. 有左右區別的手術. 多器官. 多部位手術(例如指節)，手術前是否由  
手術小組成員共同確認病人及手術部位 是 否
9. 手術器械是否確實清洗、消毒、滅菌 是 否
10. 傷口縫合前，是否與醫師共同確實清點紗布、器械及縫針數無誤 是 否
11. 為提升麻醉安全，是否定期檢測麻醉機及基本生理監視器(如：心電圖. 血壓計.  
體溫計. 動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器) 是 否
12. 執行麻醉業務者，是否均清楚麻醉和急救藥品及醫材之存放位置，已抽取藥品  
均應在針筒上以不同顏色標籤標示藥名，並註明藥物濃度 是 否  
注射前是否有再確認及覆誦的機制 是 否
13. 是否建立麻醉藥品抽藥準備與黏貼標籤標準作業流程 是 否
14. 與恢復室醫護人員是否完整的交班，內容應包括：雙方共同核對  
手圈確認病人正確. 手術部位及手術情況. 病人意識及生命徵象等 是 否
15. 管制藥品是否設專櫃及加鎖保管，麻醉藥品應有適當保管機制 是 否
16. 是否訂有緊急轉診流程 是 否

17. 是否有備血、輸血之標準作業流程 是 否
18. 執行輸血技術，是否確認病人. 血型及血袋代碼之正確；輸血中或後是否注意  
病人有無輸血反應 是 否
19. 有麻醉科醫師支援者，是否依規定完成辦理支援報備手續 是 否
20. 麻醉科醫師執行業務，是否依規定製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年. 月. 日 是 否
21. 是否有麻醉護理人員執行麻醉醫療業務 是 否
22. 是否有其他違反規定事項：\_\_\_\_\_ 是 否

※請於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前完成改善，並將改善結果文件通知本局稽查組，且接受複查，屆期未將改善結果通知本局者，將列為稽查重點機構，如經稽查結果仍不符合規定者，依相關法規處分。

負責人簽章：\_\_\_\_\_

檢查人員簽章：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 111 年雲林縣基層診所 COVID-19 感染管制輔導訪查表

診所名稱：\_\_\_\_\_ 鄉鎮市別：\_\_\_\_\_ 負責人簽章(名)：\_\_\_\_\_

查核日期：\_\_\_\_\_ 訪查人員簽章(名)：\_\_\_\_\_

項次	查核項目	基準說明	診所自評結果	查核結果	建議改善事項
(一)	落實感染管制措施，並對發燒或疑似感染之病人採取合適之防護措施	1.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。(是否張貼告示配戴口罩) 2.有明確提醒進入診所量體溫、佩戴口罩，宣導手部衛生及呼吸道衛生與咳嗽禮節及相關洗手設備。 3.應遵循標準防護措施及依照傳染途徑(空氣傳播、飛沫傳播、接觸傳播等)，採取適當感染管制對策。	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	
(二)	加強門診 TOCC，並能適時轉介就醫	1.對發燒或疑似感染之病人有詢問並記錄TOCC(旅遊史、職業別、接觸史及是否群聚)之機制。 2.是否進行TOCC時(健保醫療資訊雲端查詢) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 3.經醫師診斷評估符合採檢對象時，請院所安排個案轉診至指定社區採檢院所就醫。(如附件)	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	
(三)	應有充足且適當之洗手設備，確實執行手部衛生	1.依照診所設置標準規定，設有濕洗手設備(包括肘動式、踏板式或感應式等非手控式水龍頭、液態皂、手部消毒劑及擦手紙)；並備有方便可及且數量足夠之酒精性乾洗手液。 2.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)有暴露病人血液體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手包括濕洗手及乾洗手)。	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	
(四)	配合主管機關對傳染病進行通報，並蒐集最新傳染病疫情，確實傳達與採取適當因應措施	1.訂有傳染病監視通報機制，有專人負責傳染病之通報。 2.於診間或候診區張貼最新疫情防治文宣提醒就醫民眾。 3.取得最新疫情資訊，傳達診所內各相關單位；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，規劃並執行相關感染管制處置作為。	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	

項次	查核項目	基準說明	診所自評結果	查核結果	建議改善事項
(五)	員工保護疫苗(COVID-19疫苗追加劑、流感疫苗)接種情形	診所工作人員接種COVID-19疫苗追加劑、流感疫苗完成率達80% 1.工作人員接種公費OVID-19疫苗情形：工作人員總數_____人數；已接種OVID-19疫苗第2劑滿14天共有_____人數；已接種OVID-19疫苗追加(第3)劑滿14天共有_____人數，完成率_____%。 2.工作人員接種流感疫苗情形：工作人員總數_____人數；已完成接種人數：_____；完成率：_____ %	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	
(六)	工作人員確實遵守安全注射行為	1.以無菌操作技術在清潔乾淨區域準備注射藥品；應使用新的注射針和針筒進入藥瓶抽取藥品，不可將針頭留置於藥瓶上重複抽取藥品，且病人使用過注射針和針筒不可重複使用。 2.注射針、針筒、注射藥品使用的管路(tubing)和轉接器(connector)等，只能使用於單一病人。 3.單一劑量包裝或單次使用的小瓶裝、安瓿裝、瓶裝、袋裝靜脈注射藥品僅限單一病人使用。 4.多劑量包裝的注射藥品在開封後應標註日期(開封日與到期日)及存放於適當環境，並應依廠商說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，應依藥典規範或根據操作環境、流程及藥品特性，審慎訂定藥品期限； <b>最長不可超過28天。</b> 5.多劑量包裝藥品如果要提供不只一位病人使用，應集中存放在清潔乾淨區，避免交叉汙染。	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合  <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合  <input type="checkbox"/> 不適用	
(七)	工作人員清楚了解暴露血液、體液及尖銳物品扎傷之處理流程	1.醫療單位有能安全處理感染性廢棄物及尖銳廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品處理步驟。 2.有尖銳物品扎傷及血液、體液暴露事件發生後之追蹤機制，並確實執行。	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合	
(八)	依實務需求備有合格之個人防護裝備，如：手套、口	1.應依感染風險，尤其在有可能接觸或被病人的血液、體液、分泌物飛濺之風險時(例如：進行採血或靜脈穿刺、或處理血液、體液等檢體時)，穿戴符合實務需求的個人防護裝備，如：口罩、手套、工作服、眼臉防護裝備(護目鏡或面罩等)、隔離衣(必要時要有防水功	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 符合	

項次	查核項目	基準說明	診所自評結果	查核結果	建議改善事項
	罩等	能)等。 2.標準防護措施是最基本的防護措施,包括:手部衛生、依風險評估(預期有血液、體液暴露或接觸之風險)佩戴適當個人防護裝備(口罩、手套、隔離衣、護目鏡等) 3.依現況使用防護裝備 <input type="checkbox"/> N95口罩 <input type="checkbox"/> 外科口罩 <input type="checkbox"/> 護目鏡或面罩 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	
(九)	確實執行衛材/器械之清潔、消毒、滅菌等管理	1.定期清潔並確實消毒照護環境、設施及儀器面板等;若設有兒童遊戲設備,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(含所有玩具),並留有紀錄。 2.執行衛材及醫療器械(包括軟式內視鏡等)之清潔、消毒、滅菌程序,應確實依照廠商建議與相關指引訂定標準作業流程辦理,並訂有適當監測機制;若屬單次使用之醫療器材,不再重複使用。 3.監測衛材使用效期,不得使用及儲放過期物品。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	
(十)	環境清消	1.漂白水泡製方式:漂白水_____C C +清水_____C C 2.目前使用稀釋漂白水濃度: <input type="checkbox"/> 500PPM <input type="checkbox"/> 1000PPM <input type="checkbox"/> 5000PPM 3.每日是否消毒消毒次數_____次,並留有紀錄。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	

備註:

【指揮中心醫療應變訊息-健保署】2020.12.16

一、鑑於 COVID-19 全球大流行致使社區感染風險增加,請加強具有相關臨床症狀疑似個案之篩檢,若民眾至非指定社區採檢院所就醫,且經醫師診斷評估符合採檢對象時,請院所安排個案轉診至指定社區採檢院所就醫,並至全民健康保險電子轉診平台開立轉診單(於「轉診目的」選擇 6:其他,並填寫「C19」或「採檢對象」),以利民眾儘速完成採檢,並落實病人適當安置。

二、開立符合採檢對象轉診單之院所,請落實以下轉診注意事項:

- (一)先行確認「健保醫療資訊雲端查詢系統」是否已有轉診註記,並依提示文字請民眾儘速就醫,避免重複開立轉診單。
- (二)請務必確認就醫民眾之聯絡電話(手機號碼)及聯絡地址(含鄉鎮市區),並建議當場撥打電話,以確保電話正確性。
- (三)民眾至非指定社區採檢院所依「COVID-19 採檢對象轉診就醫注意事項」(如附件一)進行衛教,請病人簽名確認後,將簽收聯轉送或傳真(05-5351270)至本局疾病管制科,並電話 05-5345811 聯繫確認收執。

三、依據「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」,發給開立建議 SARS-CoV-2 採檢對象轉診單之基層院所轉檢獎勵每案新臺幣(以下同)200 元;確診病例轉檢通報獎勵,每例 10,000 元;及指定採檢醫療機構協助採檢獎勵,每例 5,000 元,

## COVID-19 採檢對象轉診就醫注意事項

因您有發燒( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )、嗅/味覺異常、腹瀉或呼吸道症狀等，且醫師評估需進行 SARS-CoV-2 檢驗，為降低可能傳播風險，並保障您自己、親友及周遭人士的健康，請您配合下列健康管理措施：

- 一、請於 24 小時內儘速至建議轉診院所就醫，並請嚴格遵守全程佩戴醫用口罩。
- 二、就醫時，應主動告知醫師接觸史、旅遊史、居住史、職業暴露，以及身邊是否有其他人有類似的症狀。
- 三、生病期間應於家中休養，並佩戴醫用口罩、避免外出，且與他人儘可能保持 1 公尺以上距離。當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。儘量避免出入公共場所，外出時，請一定嚴格遵守全程佩戴醫用口罩。
- 四、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手及澈底洗淨。

---

### COVID-19 採檢對象轉診就醫 簽收聯(本聯請轉送或傳真轄屬衛生局)

開立轉診單院所：	建議轉診院所：
姓名：	身分證號：
住址：	聯絡電話： 手 機：

經衛教後已了解轉診就醫期間應注意事項

簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日