

敏惠醫護管理專科學校 護理科 校外實習因應嚴重特殊傳染性疾病應變措施

1090130 訂定

1100127 修訂

- 一、 護理科（以下簡稱本科）學生於醫療機構進行實習時，為維護師生以及服務對象之健康，預防嚴重特殊傳染性疾病疫情，特訂定相關之應變措施。
- 二、 依據衛生福利部中華民國109年1月15日衛授疾字第1090100030號公告，新增「嚴重特殊傳染性肺炎」為第五類法定傳染病，「學校因應新型冠狀病毒肺炎疫情防護建議及健康管理措施」之相關原則辦理，適用於政府公告嚴重特殊傳染性疾病流行期間。
- 三、 本科實習生於實習期間，應嚴守落實勤洗手、戴口罩、呼吸道衛生與咳嗽禮節等防疫措施，且依據實習機構之規定執行防疫措施，並由實習指導教師督導執行。
- 四、 實習開始時，實習指導教師應說明本應變措施、呼吸道衛生與咳嗽禮節、及健康自主管理方式，並確認實習生之健康狀況，主動發現實習生是否出現相關症狀，並依需要立即協助就醫，立即回報實習組。
- 五、 實習期間，加強宣導實習學生注意自己健康狀況及健康管理，並執行「每日健康監測登錄表」與回報(表1)。實習指導教師協助完成「嚴重特殊傳染性疾病相關症狀每梯統計表」(表2)，並將表單交回學校存查。
- 六、 若實習醫院對傳染病的照護有過度負荷的現象，而致暫時停止教學活動時，則所有實習學生應暫停該院的實習。亦即實習單位公告停止實習，則依規定停止實習，直至實習單位開放為止。
- 七、 實習單位若出現個案經醫師臨床診斷為感染嚴重特殊傳染性肺炎時，建議該梯次實習停止，臨床實習指導教師與實習生應在家休息避免外出，遵從衛生福利部疾病管制署個案接觸者居家管理(表3)。
- 八、 實習生出現發燒（含突然發燒、不明原因發燒）、咳嗽、喉嚨痛、呼吸急促、流鼻涕等呼吸道症狀，並具有肌肉痠痛、頭痛、腹瀉、噁心、嘔吐或極度厭倦感症狀等上呼吸道感染或類流感症狀，應立即停止實習，返家休息避免外出。至症狀解除後24小時，才能繼續實習。
- 九、 實習學生應更重視紀律，遵從實習指導教師之教誨，各項醫療照護程序應完全按照標準作業程序，以免發生危險及增加醫院臨床醫護人員之負擔。
- 十、 實習學生於實習期間，應自我約束，儘量避免進出公眾場所，特別是人群聚集或空氣不流通之處。
- 十一、 若有因「嚴重特殊傳染性肺炎」而停止實習事宜，將由實習組另行規劃安排實習相關事宜。必要時可安排實習學生返校進行實習教學活動。
- 十二、 實習指導教師應與實習組密切聯繫，不得因恐懼傳染病而拒絕實習教學，應掌握該單位「嚴重特殊傳染性肺炎」防疫現況，並即時回報。
- 十三、 若學生因過於恐慌不安，不能參與實習時，若經心理輔導仍無法實習時，得由家長提出事假申請，惟不得超過該科時數1/4，之後仍須依實習請假規定補足實習時數。
- 十四、 若實習課程訪視可能引發交互感染之虞，得經行政簽核採彈性實習訪視。
- 十五、 實習指導教師與實習生如有「嚴重特殊傳染性疾病」疫情，依實習組特別事件處理流程向學務處衛保組及校安中心回報。
- 十六、 本應變措施依據本科實習需求，衛生福利部公告事項與本校校園防疫措施訂定，校長公告實施，修訂時亦同。

敏惠醫專 校外實習生每日健康監測登錄表(表 1)

實習單位： _____ 實習指導教師： _____ 老師
 班級： _____ 年 _____ 班 座號： _____ 號 學生姓名： _____

日期	體溫	症狀	就醫	出勤狀況	備註	實習指導教師簽章
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 打噴嚏 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 請假		

備註: 1. 每天請同學監測體溫，並完成登錄此表，於當日將此表單呈請實習老師簽名。
 2. 實習過程中，若發燒或出現類流感症狀（咳嗽、呼吸急促、頭痛、肌肉酸痛、腹瀉及嘔吐等），立即通報實習指導教師與就醫治療。

嚴重特殊傳染性肺炎個案接觸者居家(個別)隔離通知書

聯絡電話：

_____先生/女士 您好：

居家隔離地址：

經衛生單位調查結果，您可能與嚴重特殊傳染性肺炎個案有相當接觸，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於____月____日至____月____日期間，進行居家/個別隔離，並遵守以下隔離規定：

1. 留在家中（或衛生局指定範圍內），不外出，亦不得出境或出國。
2. 如您是在家居家隔離，應儘量與家人分開居住，共同生活者須與個案一同採取適當防護措施（佩戴外科口罩與良好衛生習慣），並儘可能保持 1 公尺以上距離。
3. 請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫及健康狀況(如下列表格)，主動通報地方衛生局/所；地方衛生局/所應主動追蹤其早晚體溫紀錄。
4. 請維持手部清潔，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並澈底洗淨。
5. 若有發燒、咳嗽、呼吸困難等症狀或其他任何身體不適，應主動與本通知書填發人聯繫，由填發單位安排就醫，並應全程佩戴口罩及採取適當防護措施，且禁止到公共場所或搭乘大眾運輸工具。

※違反居家隔離規定逕自外出或搭乘大眾運輸工具者，將依「傳染病防治法」第 48 條、及同法第 67 條處新臺幣 6 萬至 30 萬元不等罰鍰。

個案 ID/護照號碼： _____	開始隔離日： ____年____月____日
電話： _____	取消隔離日： ____年____月____日
隔離地址： _____	
<p style="text-align: center;">訪視人員</p> <p>填發人簽章： _____</p> <p>聯絡電話： _____</p>	<p>填發單位</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>單位章戳</p> </div>

嚴重特殊傳染性肺炎個案接觸者居家隔離通知書簽收聯

(若個案為未成年人，則送請法定代理人簽收，並向法定代執行說明程序)

受文者簽收： _____ 法定代理人簽章： _____

執行人員簽章： _____

送達說明時間： ____年____月____日 ____時____分

