

## 臺南市預防接種合約醫療院所應備文件檢核表

申請單位：\_\_\_\_\_ 審核單位：臺南市\_\_\_\_\_區衛生所

項目	審核內容	審核結果	是否合格
開業執照	機構代碼、負責人及診療科別	機構代碼：_____ 負責人：_____ 診療科別：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
執業執照	醫療機構內執行預防接種業務之醫事人員期執業執照應於有效日期內	效期自____年____月____日至____年____月____日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
專科醫師證書	專科科別： <input type="checkbox"/> 兒科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 113-115年非具兒科、家醫專科之合約院所，合約期間內配合度高，未曾發生重大接種異常事件，並積極投資相關軟體設備維護疫苗冷儲品質，經本市衛生局／轄區衛生所核定後，可續辦常規預防接種工作。 證書應於有效日期內	效期自____年____月____日至____年____月____日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疫苗管理人員之疫苗冷運冷藏管理訓練證明	機構內在職專責疫苗管理人員之疫苗冷運冷藏管理訓練證明（1小時）效期3年內認證證明	認證通過人數共____位 1. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 2. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 3. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 4. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
流感疫苗教育訓練學分證明	負責接種業務醫師之流感疫苗教育訓練證明（2小時）效期3年內之課程結業證書	負責接種醫師共____位 1. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 2. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 3. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 4. 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用

項目	審核內容	審核結果	是否合格
卡介苗受訓合格證明	含受訓合格人員姓名、職稱、合格證書字號	受訓合格人員共_____位 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日 姓名：_____ 結業日期：____年__月__日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
冷藏設備	須為雙門冰箱或單門、雙門冷藏櫃	請檢附冰箱內外彩色照片	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
冷運設備：冰寶、冰桶、高低溫度計		請檢附照片	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
溫度異常警報器或保全系統		請檢附照片	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4小時以上不斷電系統或自動發電機設施		請檢附照片	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
疫苗冰箱溫度異常緊急應變作業流程及聯絡人資訊		請檢附照片	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
各層架溫度分布紀錄		請檢附影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
冰箱啟用後至少2週以上之連續溫度紀錄(2~8°C)		請檢附影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疫苗管理人員之疫苗冷運冷藏管理訓練證明		請檢附影本	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
公費及自費疫苗收費細目與金額		請確認有無填妥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

項目	審核內容	審核結果	是否合格
接種人力 編制	包含醫師、護理人員、志工 及其他臨時可機動調派人力	接種醫師共_____位 護理人員共_____位 志工共_____位 其他：共_____位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
接種空間配 置圖	環境通風、氣溫適宜，並規劃設 置接種等待區、評估區、接種區 及休息區等		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
避免擁 擠施打 規劃行政 措施	避免民眾擠打情況發生，事 先規劃因應方案	<input type="checkbox"/> 開放預約方式： <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 發放號碼牌 <input type="checkbox"/> 規劃及公告接種流程 <input type="checkbox"/> 開闢空間設置臨時接種地點 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
接種流程圖	應有符合疫苗冷藏規定之領 用與接種流程，並需確認疫苗 能確實接種於本計畫實施對 象身上(應包含接種前三讀五對 流程)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
急救設備及 緊急轉送流 程	應備有急救設備【至少應儲備 Epinephrine (1:1000) 及血 壓計】以因應立即必要之處 置，並應擬具緊急轉送流程		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疫苗冰箱 溫度異常 緊急應變 作業流程	應擬具當疫苗冷藏設備發生 異常時之緊急應變作業流程		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
連線網際網路設備及功能		請確認該院所有無網際網路功能	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
院內使用之全國醫療院所醫療系統 (HIS)已申請API介接至全國性預防接 種資訊管理系統(NIIS)		請確認有無填妥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

項目	審核內容
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定項目及缺失說明：  其他需改善及複查項目：  審核人員簽名：_____受核單位代表簽名：_____ 審核日期：_____年_____月_____日
複核結果	複查日期：_____年_____月_____日 結果： <input type="checkbox"/> 已改善缺失 <input type="checkbox"/> 尚未改善缺失：原因及後續處置方式  複核單位代表簽名：_____受核單位代表簽名：_____

上列醫事人員及資格如有變動，應主動告知轄區衛生所