110年9月第一次修訂
110年11月第二次修訂
113年3月第三次修訂
115年5月第四次修訂

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：＿＿＿＿＿＿	□是 □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	□是 □否
專科醫師證書	專科科別： □小兒科□婦產科 □家醫科 □內科 □113-115年非具兒科、家醫、婦產、內科之合約院所，合約期間內配合度高，未曾發生重大接種異常事件，並積極投資相關軟硬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	□是 □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(114年以後)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	□是 □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6年內(111年以後)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	□是 □否 □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	□是 □否 □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	□是 □否
冷運設備：冰寶、冰桶、高低溫度計		請檢附照片	□是 □否
溫度異常警報器或保全系統		請檢附照片	□是 □否
4小時以上不斷電系統或自動發電機設施		請檢附照片	□是 □否 □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	□是 □否
各層架溫度分布紀錄		請檢附影本	□是 □否
冰箱啟用後至少2週以上之連續溫度紀錄(2~8℃)		請檢附影本	□是 □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	□是 □否
公費及自費疫苗收費細目與金額		請確認有無填妥	□是 □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	□是 □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		□是 □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	□ 開放預約方式： □網路 □電話 □傳真 □現場 □ 發放號碼牌 □ 規劃及公告接種流程 □ 開闢空間設置臨時接種地點 □ 其他：	□是 □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)	1.	□是 □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	2.	□是 □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	3.	□是 □否
連線網際網路設備及功能		4. 請確認該院所有無網際網路功能	□是 □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)		5. 請確認有無填妥	□是 □否

項目	審核內容
審核結果	□符合規定 □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： □已改善缺失 □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