**入境防疫計畫書**

申請日期： 年 月 日

1. **相關機構基本資料**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 機構名稱 | 聯絡窗口 | 聯絡電話 | 電子郵件 |
| 收治醫院 |  |  |  |  |
| 轉送機構 |  |  |  |  |
| 航空公司 |  |  |  |  |

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

1. **入境我國之就（伴）醫者防疫資料**
2. **入境人員名單暨基本資料**

**（一）就醫者**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性別 | □男  □女 | 出生  年月日 |  |
| 在臺連絡電話 | 手機：  市話： | | | | 身分證  字號 |  |
| 在臺  地址 | 戶籍地址 |  | | | | |
| 實際居住地 | （□同上） | | | | |

**（二）伴醫者**

**□本次無伴醫者隨行**【請刪除下表】

| 姓名 | 國籍 | 身分證字號／護照號碼 | 與就醫者關係 | 在臺  聯絡電話 | 在臺  實際居住地 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **「伴醫者」防疫交通規劃**

**□本次無伴醫者隨行**【請刪除下表】

| 接駁區間/行程 | 交通規劃 |
| --- | --- |
| 機場至收治醫院 |  |
| 收治醫院  至檢疫住所 |  |

【備註】伴醫者入境後，原則由收治醫院安排進行1次呼吸道檢體之SARS-CoV-2核酸檢驗，方轉往檢疫住所。

1. **「就醫者」在院期間病房資訊**

| 階段 | 負壓隔離病房／專責病房資訊 |
| --- | --- |
| 居家檢疫  （　年　月　日～　月　日） | * 醫院名稱： * 醫院地址： * 病房：□專責病房□負壓隔離病房 * 病房號（非必填）： □待確認 |
| 自主健康管理  （　年　月　日～　月　日） | □續住同病房  □轉至 病房  □出院   * 請填出院後自主健康管理場所地址：   □同實際居住地 □同戶籍地  □其他（請說明）： |

【備註】居家檢疫期間為「入境日~入境日+14」；自主健康管理期間為「入境日+15~入境日+21」。例如入境為1/1，居家檢疫期間為1/1~1/15；自主健康管理期間為1/16~1/22。

1. **「伴醫者」檢疫住所資訊**

| 伴醫者 | 階段 | 檢疫住所地址 |
| --- | --- | --- |
|  | 居家檢疫  （　年　月　日～　月　日） | □同在臺實際居住地  □其他（請說明）： |
| 自主健康管理  （　年　月　日～　月　日） | □同在臺實際居住地  □其他（請說明）： |

1. **就醫者在臺緊急聯絡人資訊**

| 階段 | 姓名 | 與就醫者關係 | 聯絡電話（手機／市話） | 備註 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 返臺前 |  |  |  |  |
| 返臺後  (□同上) |  |  |  |  |

1. **就醫者在院期間感染管制措施**

| 日期 | 流程 | 備註 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

【備註】

1. 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進行程序之感染管制措施等。
2. 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。
3. **其他補充說明事項**

□無

1. **專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃**
2. **本次專機行程共安排醫護人員 名及機組人員 名。**
3. **本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：**

□均不入境

□均過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

□部分過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

□部分入境【續填第三點】 □均入境【續填第三點】

1. **專機醫護人員及機組入境人員名單**

| 姓名 | 身分別 | 國籍 | 身分證字號／護照號碼 | 服務單位 | 境外入境  及離開機坪情形 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □醫護□機組 |  |  |  | 入境：□有□無  離開機坪：□有□無 |
|  | □醫護□機組 |  |  |  | 入境：□有□無  離開機坪：□有□無 |

1. **入境人員之防疫交通規劃**

| 接駁區間／行程 | 交通規劃 |
| --- | --- |
| 機場至檢疫住所 |  |
| 機場至醫院  至檢疫住所 |  |

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

1. **居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊**

| 人員 | 階段 | 預計期間 | 檢疫住所地址 |
| --- | --- | --- | --- |
| 【醫護】 | 居家檢疫 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 自主健康管理 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 【機組】 | 居家檢疫 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 加強自主健康管理 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 自主健康管理 | 年　月　日～　月　日 |  |

1. **聯絡人資訊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窗口 | 姓名 | 聯絡電話 | 電子郵件 | 備註 |
| 醫護人員 |  |  |  |  |
| 機組人員 |  |  |  |  |

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

1. **居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施**

| 人員 | 階段 | 防疫措施 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫護人員 | 居家檢疫 |  |  |
| 自主健康管理 |  |  |
| 機組人員 | 居家檢疫 |  |  |
| 加強自主健康管理 |  |  |
| 自主健康管理 |  |  |

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等（包含縮短居家檢疫後於返回工作前之採檢措施安排）。

1. **其他補充說明事項**

□無

**【送審文件請刪除後方範例】**

**入境防疫計畫書（範例）**

申請日期：○年○月○日

1. **相關機構基本資料**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 機構名稱 | 聯絡窗口 | 聯絡電話 | 電子郵件 |
| 收治醫院 | ○○醫院 | ○○○ | 09xx-xxx-xxx、  02-xxxx-xxxx#2507 | abc@gmail.com |
| 轉送機構 | ○○機構 | ○○○ | 09xx-xxx-xxx、  02-xxxx-xxxx#2507 | abc@gmail.com |
| 航空公司 | ○○航空公司 | ○○○ | 09xx-xxx-xxx、  02-xxxx-xxxx#2507 | abc@gmail.com |

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

1. **入境我國之就（伴）醫者防疫資料**
2. **入境人員名單暨基本資料**

**（一）就醫者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 王○○ | 性別 | ■男  □女 | 出生  年月日 | YYYY/MM/DD |
| 在臺連絡電話 | 手機：09xx-xxx-xxx  市話：02-xxxx-xxxx | | | 身分證  字號 | A100000000 |
| 在臺  地址 | 戶籍地址 | ○○市○○區○○路○號 | | | |
| 實際居住地 | （□同上）○○市○○區○○路○號 | | | |

**（二）伴醫者**

**□本次無伴醫者隨行**【請刪除下表】

| 姓名 | 國籍 | 身分證字號／護照號碼 | 與就醫者關係 | 在臺  聯絡電話 | 在臺  實際居住地 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 林○○ | 中華民國 | B200000000 | 配偶 | 02-xxxx-xxxx | ○○市○○區○○路○號 |

1. **「伴醫者」防疫交通規劃**

| 接駁區間/行程 | 交通規劃 |
| --- | --- |
| 機場  至收治醫院 | 【與就醫者一同搭乘救護車／防疫專車／自駕／親友接送】前往收治醫院。抵達後由收治醫院專人引導至指定採檢場所進行採檢。 |
| 收治醫院  至檢疫住所 | 完成採檢後，再搭乘【防疫專車／自駕／親友接送】前往居家檢疫住所。 |

【備註】伴醫者入境後，原則由收治醫院安排進行1次呼吸道檢體之SARS-CoV-2核酸檢驗，方轉往檢疫住所。

1. **「就醫者」在院期間病房資訊**

| 階段 | 負壓隔離病房／專責病房資訊 |
| --- | --- |
| 居家檢疫  （110年1月1日～1月15日） | * 醫院名稱：○○醫院 * 醫院地址：○○市○○區○○路○號 * 病房：□專責病房■負壓隔離病房□待確認 * 病房號（非必填）：■待確認 |
| 自主健康管理  （110年1月16日～1月22日） | □續住同病房  □轉至 病房  ■出院   * 請填出院後自主健康管理場所地址：   ■同實際居住地 □同戶籍地  □其他（請說明）： |

【備註】居家檢疫期間為「入境日~入境日+14」；自主健康管理期間為「入境日+15~入境日+21」。例如入境為1/1，居家檢疫期間為1/1~1/15；自主健康管理期間為1/16~1/22。

1. **「伴醫者」檢疫住所資訊**

| 伴醫者 | 階段 | 檢疫住所地址 |
| --- | --- | --- |
| 林○○ | 居家檢疫  （110年1月1日～1月15日） | ■同在臺實際居住地  □其他（請說明）： |
| 自主健康管理  （110年1月16日～1月22日） | ■同在臺實際居住地  □其他（請說明）： |

1. **就醫者在臺緊急聯絡人資訊**

| 階段 | 姓名 | 與就醫者關係 | 聯絡電話 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 返臺前 | 王○○ | 父子 | 09xx-xxx-xxx |  |
| 返臺後  （□同上） | 林○○ | 配偶 | 09xx-xxx-xxx |  |

1. **就醫者在院期間感染管制措施**

| 日期 | 流程 | 備註 |
| --- | --- | --- |
| 1/1  入院首日 | 1. 就醫者： 2. 搭乘○○醫院派遣之救護車由機坪直送收治醫院。 3. 就醫者抵達醫院後，依據院內COVID-19相關感控作業程序，將就醫者依規劃動線移至負壓隔離病房／專責病房。 4. 進行個人資料建檔、體溫量測、TOCC確認及通報採檢作業。 5. 伴醫者： 6. 搭乘防疫專車或○○醫院/○○機構安排之專車到院，於指定場所由專人進行採檢。 7. 完成後，再搭乘防疫專車或○○醫院/○○機構安排之專車前往檢疫住所。   【說明】倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。 |  |
| 1/2 | 確認伴醫者採檢結果後，併同就醫者之傳染病通報編號，通知所轄疾管署區管中心。 |  |
| 1/1~1/15  居家檢疫 | 1. 就醫者： 2. 就醫者住院期間之治療，由○○科醫師負責。 3. 居家檢疫期間視為COVID-19疑似個案進行照護，依○○醫院COVID-19相關感控作業程序執行相關感控措施。 4. 居家檢疫期滿後再進行1次採檢。 5. 伴醫者：居家檢疫期間遵循相關規定；期間如需到院訪視就醫者時，依相關感染管制程序辦理。 |  |
| 1/16~1/22  自主健康管理 | 1. 就醫者： 2. 繼續留院時： 3. 出院返家：遵循相關規定。 4. 伴醫者：遵循相關規定。 |  |

【備註】

1. 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進行程序之感染管制措施等。
2. 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。
3. **其他補充說明事項**

■無

1. **專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃**
2. **本次專機行程共安排醫護人員2名及機組人員2名。**
3. **本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：**

□均不入境

□均過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

□部分過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

□部分入境【續填第三點】 ■均入境【續填第三點】

1. **專機醫護人員及機組入境人員名單**

| 姓名 | 身分別 | 國籍 | 身分證字號／護照號碼 | 服務單位 | 境外入境  及離開機坪情形 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 甲○○ | ■醫護□機組 | 中華民國 | C000000000 | ○○醫院 | 入境：■有□無  離開機坪：■有□無 |
| 乙○○ | ■醫護□機組 | 中華民國 | D000000000 | ○○醫院 | 入境：□有■無  離開機坪：□有■無 |
| 丙○○ | □醫護■機組 | 中華民國 | E000000000 | ○○航空 | 入境：■有□無  離開機坪：■有□無 |
| 丁○○ | □醫護■機組 | 中華民國 | G000000000 | ○○航空 | 入境：□有■無  離開機坪：□有■無 |

1. **入境人員之防疫交通規劃**

| 接駁區間／行程 | 交通規劃 |
| --- | --- |
| 機場至檢疫住所 | 【機組人員/醫護人員】防疫專車／自駕／專車前往居家檢疫住所。 |
| 機場至醫院  至檢疫住所 | 醫護人員搭乘救護車運送就醫者至醫院，於指定場所完成就醫者交接。  防疫專車／自駕／專車前往居家檢疫住所。 |

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

1. **居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊**

| 人員 | 階段 | 預計期間 | 檢疫住所地址 |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲○○  【醫護】 | 居家檢疫 | 【有入境/離開機坪】  110年1月1日～1月15日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 自主健康管理 | 110年1月16日～1月22日 |
| 乙○○  【醫護】 | 居家檢疫 | 【未入境/未離開機坪】  110年1月1日～1月8日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 自主健康管理 | 110年1月9日～1月22日 |
| 丙○○  【機組】 | 居家檢疫 | 【有入境/離開機坪】  110年1月1日～1月8日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 加強自主健康管理 | 110年1月9日～1月15日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 丁○○  【機組】 | 自主健康管理 | 【未入境/未離開機坪】  110年1月1日～1月15日 | ○○市○○區○○路○ 號 |

1. **聯絡人資訊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窗口 | 姓名 | 聯絡電話 | 電子郵件 | 備註 |
| 醫護人員 | ○○○ | 02-xxxx-xxxx | abc@gmail.com |  |
| 機組人員 | ○○○ | 02-xxxx-xxxx | abc@gmail.com |  |

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

1. **居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施**

| 人員 | 階段 | 防疫措施 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫護人員 | 居家檢疫 | 1. 返臺抵達○○機場，俟完成入境程序後，搭乘機坪之救護車運送就醫者至醫院，並於指定場所完成就醫者交接後，搭乘專車抵達檢疫住所。 2. 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似COVID-19相關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。 |  |
| 自主健康管理 | 預計於居家檢疫期滿後次日進行採檢，確認檢驗結果為陰性後，返回工作。 |  |
| 機組人員 | 居家檢疫 | 1. 完成入境程序後，自駕／親友接送／機場防疫專車前往居家檢疫住所。 2. 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似COVID-19相關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。 |  |
| 加強自主健康管理 | 遵循加強自主健康管理相關規定，包括禁止搭乘公共運輸工具、禁止出入人數眾多不易維持社交距離且會近距離接觸不特定人士之場所、外出必須佩戴口罩、詳實記錄行程及接觸人士等。 |  |
| 自主健康管理 | 遵循自主健康管理相關規定。 |  |

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等（包含縮短居家檢疫後於返回工作前之採檢措施安排）。

1. **其他補充說明事項**

■無