

「因應 COVID-19 變種病毒強化航空器消毒清潔指引」Q&A

民航局 110.11.23

一、 個人防護裝備

Q1：有關指引訂定上機作業人員之個人防護裝備，是否可申請補貼？

A1：除原相關業者已有補貼之項目外，其餘部分無補貼。

Q2：指引所列上機清潔、機務及空廚人員之個人防護裝備，是否得以其他替代品更換(如:護目鏡、一般隔離衣)？

A2：考量全球 Delta 變種病毒疫情持續嚴峻，為降低上機作業人員染疫風險，仍請依指引規定之個人防護裝備穿著。

二、 健康監測

Q1：於航空器完成消毒後之上機作業人員，需否適用上述指引有關作業人員之規定？

A1：航空器開始執行消毒作業起 3 小時內之所有上機作業人員均屬上述指引作業人員適用範圍。

Q2：作業人員於專人監督下快篩，可否採視訊方式？

A2：依據「COVID-19 國際機場特定高風險工作人員監視計畫」，快篩對象須於專人監督下，現場自行篩檢，不可採視訊方式。

Q3：作業人員健康監測結果如何回報？

A3：可參照上機作業人員抗原快篩定期監測記錄表(如附件)，將貴公司須上機作業人員造冊列管，指派專人督導篩檢對象執行快篩情形，並將快篩結果填列

於紀錄表，以供備查；另請每日於 google 表單回報當日篩檢情形。

Q4：作業人員如每週快篩遇其休假日，是否仍須到公司快篩？

A4：作業人員快篩後，如休假超過下次應快篩日期，則到班第 1 日快篩，並調整後續每週應快篩日期。

Q5：作業人員如僅執行一次航空器消毒清潔作業，後續並無依指引執行相關勤務，則每週快篩及健康監測應至少執行幾天？

A5：至少 21 天，並快篩 3 次以上。

Q6：作業人員定期監測所用之快篩試劑是否可納入公費支應？

A6：應視指揮中心公佈之篩檢計畫辦理，目前仍依「COVID-19 國際機場特定高風險工作人員監視計畫」，除航空器消毒人員屬公費快篩對象外，非前揭作業人員則應由企業雇主採購並提供快篩試劑。

Q7：可使用之快篩試劑品牌為何？

A7：有關快篩試劑之選用，請參考衛生福利部疾病管制署官網 (https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/jcqWcoPbS_p7qfZGpnCKxQ) 「民眾使用 COVID-19 家用快篩試劑指引」第貳點「購買與使用家用快篩試劑注意事項」。

Q8：快篩結果呈現陽性(含弱陽性)，該如何處置？

A8：請戴好口罩，勿搭乘大眾運輸工具，儘速安排至鄰近的社區採檢院所進一步檢測，並將使用過之採檢器材用塑膠袋密封包好，一併攜帶至社區採檢院所，交予院所人員。後續處置請依防疫人員指示。詳細情形詳「民眾使用

COVID-19 家用快篩試劑指引」。

Q9：作業人員如已接種兩劑疫苗，可否豁免快篩？

A9：考量近期持續發生接種兩劑疫苗者有突破性感染之情形，為加強監測第一線人員健康狀況，已接種兩劑疫苗之上機作業人員仍請依規定每週快篩。

三、 檢核作業

Q1：由誰執行檢核作業？

A1：本指引已訂定相關查核項目，應由航空器清消作業單位、機場及民航局依據查核表比照三級品管制度進行查核。

上機作業人員抗原快篩定期監測記錄表

公司名稱：

聯絡窗口：

聯絡電話：

編號	姓名	工作內容	第1週，月 日~ 月 日						
			本週試劑配發數量：			查核人員：		查核日期：	
			是否有 COVID-19 疑似 症狀	篩檢人員簽章	領用試劑日期	抗原快篩日期/結果	監督專員簽章	快篩陽性個案 後送 PCR 檢驗結果	備註
1			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀： _____		年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 無效，複驗		年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
2			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀： _____		年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 無效，複驗		年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
3			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀： _____		年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 無效，複驗		年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
4			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀： _____		年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 無效，複驗		年 月 日 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	

5		<div><input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>有，症狀：<div></div></div>		<div>年 月 日</div> <div><input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性</div> <div><input type="checkbox"/>無效，複驗</div>		<div>年 月 日</div> <div><input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性</div>	
---	--	--	--	--	--	---	--