**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」入境防疫規劃**

**□本次無伴醫者隨行**【請刪除下表】

**（一）伴醫者入境採檢方式及交通規劃**

| 姓名 | 入境檢驗方式 | 交通規劃 |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

【備註】伴醫者入境後，非需入院陪病時，原則於入境時採檢，倘無法配合時，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。

**（二）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」在院期間病房資訊**

| 階段 | 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：□隔離病房□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  （　年　月　日～　月　日）  □轉至 病房  （　年　月　日～　月　日）  □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】遵循「居家隔離、檢疫或自主健康管理者接受醫療照護時之感染管制措施」規定辦理。

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【後方第三點至第八點免填】

□均過境 □部分過境【請填▶處，後方第三點至第八點免填】

* 請提供過境旅館及預計離境日期：

□部分入境 □均入境【續填第三點至第八點】

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 | 預計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. **專機醫護人員及機組入境人員完成COVID-19疫苗接種情形**

| 姓名 | 身分別 | COVID-19疫苗 | | | 接種日期 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □醫護□機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 基礎加強劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
|  | □醫護□機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 基礎加強劑  疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 |  | 年　月　日 |

1. **入境人員之防疫規劃**

| 人員類別 | 入境港埠 | 交通規劃(含接駁區間/行程) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

【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 |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 居家檢疫 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 自主健康管理 | 年　月　日～　月　日 |  |
| 自我健康監測 | 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 |  |  |
| 自主健康管理 |  |  |
| 自我健康監測 |  |  |

【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

【備註】本範例內容依指揮中心邊境檢疫政策滾動式修正。

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#xxxx | abc@gmail.com |
| 轉送機構 | ○○機構 | ○○○ | 09xx-xxx-xxx、  02-xxxx-xxxx#xxxx | abc@gmail.com |
| 航空公司 | ○○航空公司 | ○○○ | 09xx-xxx-xxx、  02-xxxx-xxxx#xxxx | 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」入境防疫規劃**

**□本次無伴醫者隨行**【請刪除下表】

**（一）伴醫者入境採檢方式及交通規劃**

| 姓名 | 入境檢驗方式 | 交通規劃 |
| --- | --- | --- |
| 林○○ | 於機場採檢 | 搭乘防疫計程車至居家檢疫住所。 |

【備註】伴醫者入境後，非需入院陪病時，原則於入境時採檢，倘無法配合時，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。

**（二）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  （111年1月1日～1月8日） | □同在臺實際居住地  ■其他（請說明）：○○hotel |
| 自主健康管理  （111年1月9日～1月15日） | ■同在臺實際居住地  □其他（請說明）： |

1. **「就醫者」在院期間病房資訊**

| 階段 | 隔離病房／專責病房資訊 |
| --- | --- |
| 居家檢疫  （111年1月1日～1月8日） | * 醫院名稱：○○醫院 * 醫院地址：○○市○○區○○路○號 * 病房：□隔離病房■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  （111年1月9日～1月15日） | □續住同病房  （　年　月　日～　月　日）  □轉至 病房  （　年　月　日～　月　日）  ■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】遵循「居家隔離、檢疫或自主健康管理者接受醫療照護時之感染管制措施」規定辦理。

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. 就醫者入境時於機邊進行檢疫及入境程序；完成後搭乘○○醫院/○○機構派遣之救護車由機坪直送收治醫院。 2. 救護車駕駛及隨車救護人員，均穿著適當個人防護裝備，包括N95口罩、手套、面罩及隔離衣。 3. ○○醫院/○○機構已告知前開人員本次任務之相關風險。 4. 救護車於結束載運任務後將進行清消作業，俟完成後再進行新載運任務。 5. 就醫者抵達醫院： 6. 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隔離病房/專責病房/負壓隔離病房。 7. 進行個人資料建檔、體溫量測、TOCC確認及通報採檢作業。 8. 依「COVID-19傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行採檢送驗事宜。 9. 就醫者傳染病通報編號(有通報)或檢驗結果(未通報)通知所轄疾管署區管中心。 10. 伴醫者： 11. 入境時於機場採檢/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。 12. 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】   1. 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。 2. 有關 COVID-19入境檢疫措施及採檢相關規範，應配合指揮中心公布之邊境檢疫政策辦理。 |  |
| 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。 |  |
| 1/1~1/8  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，於○月○日至○月○日收治於隔離病房/專責病房/負壓隔離病房。 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. 入境後檢驗結果為陽性時，依「嚴重特殊傳染性肺炎通報個案處理流程」、「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」等規定辦理。 5. 入境檢疫結果為陰性時，居家檢疫期滿前病況穩定得出院時，將依地方衛生局指定之方式返回其檢疫處所，等待居家檢疫期滿。 6. 居家檢疫期滿後再進行一次採檢。 7. 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。 |  |
| 1/9~1/15  自主健康管理 | 1. 就醫者： 2. 繼續留院時：居家檢疫期滿進行PCR檢測，陰性者移出專責或隔離病房。 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【後方第三點至第八點免填】

□均過境 □部分過境【請填▶處，後方第三點至第八點免填】

* 請提供過境旅館及預計離境日期：

□部分入境■均入境【續填第三點至第八點】

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 | 預計境外入境及離開機坪情形 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 甲○○ | ■醫護□機組 | 中華民國 | C00000000 | ○○醫院 | 入境：■有□無  離開機坪：■有□無 |
| 乙○○ | ■醫護□機組 | 中華民國 | D00000000 | ○○醫院 | 入境：□有■無  離開機坪：□有■無 |
| 丙○○ | □醫護■機組 | 中華民國 | E00000000 | ○○航空 | 入境：■有□無  離開機坪：■有□無 |
| 丁○○ | □醫護■機組 | 中華民國 | G00000000 | ○○航空 | 入境：□有■無  離開機坪：□有■無 |

1. **專機醫護人員及機組入境人員完成COVID-19疫苗接種情形**

| 姓名 | 身分別 | COVID-19疫苗 | | | 接種日期 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 甲○○ | ■醫護□機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 | Moderna | 110年6月1日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 | Moderna | 110年7月1日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 | Moderna | 110年12月15日 |
| 乙○○ | ■醫護□機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 | Moderna | 110年6月1日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 | Moderna | 110年7月1日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 | Moderna | 110年12月15日 |
| 丙○○ | □醫護■機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 | AZ | 110年5月1日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 | AZ | 110年7月1日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 | Moderna | 110年12月20日 |
| 丁○○ | □醫護■機組 | 基礎劑 | 第1劑  疫苗廠牌 | AZ | 110年6月1日 |
| 第2劑  疫苗廠牌 | AZ | 110年8月1日 |
| 追加劑 | 疫苗廠牌 | Moderna | 111年1月1日 |

1. **入境人員之防疫交通規劃**

| 人員類別 | 入境港埠 | 交通規劃(含接駁區間/行程) |
| --- | --- | --- |
| 醫護人員 | OO機場 | 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／專車前往居家檢疫住所。 |
| 機組人員 | OO機場 | 防疫專車／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】  111年1月1日～1月8日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 自主健康管理 | 111年1月9日～1月15日 |
| 乙○○  【醫護】 | 居家檢疫 | 【未入境/未離開機坪】  111年1月1日～1月8日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 自主健康管理 | 111年1月9日～1月15日 |
| 丙○○  【機組】 | 居家檢疫 | 【有入境/離開機坪】  111年1月1日～1月4日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 自主健康管理 | 111年1月5日～1月8日 | ○○市○○區○○路○ 號 |
| 丁○○  【機組】 | 自我健康監測 | 【未入境/未離開機坪】  111年1月1日～1月5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，搭乘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。 3. 入住防疫旅宿/公司檢疫宿舍，於居檢結束日進行1次PCR檢驗。/入住自宅一人一戶檢疫，於入境日及居檢結束日進行1次PCR檢驗。 |  |
| 自主健康管理/自我健康監測 | 遵循自主健康管理相關規定，於入境第4-7天自主健康管理進行快篩或PCR檢驗／遵循自我健康監測相關規定，於每5天進行快篩或PCR 檢驗。 |  |

【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