



高雄醫學大學附設醫院
Kaohsiung Medical University Hospital

醫院感染管制查核自評表線上填寫說明 與準備注意事項

感染管制中心
洪靖慈 組長





課程大綱

1

醫院查核自評表填表說明

2

107年醫院查核自評表填寫常見缺失

3

醫院查核自評表修正摘要

3

線上自評表填報說明



108年查核作業時程

日期	作業內容
5月1日~5月31日	受查醫院於系統完成自評表填報
6月~10月	1. 進行「醫院感染管制查核」實地查核作業 2. 完成實地查核作業的5個工作天內於系統填覆「查核委員評核作業」
8月~12月	衛生局針對轄區醫院查核缺失之改善情形進行後續追蹤或輔導作業
10月31日前	衛生局、受查醫院及查核委員填報年度問卷調查
12月15日前	完成複查作業

醫院感染管制查核作業醫院自評表 -填表說明





108年醫院自評表填寫作業注意事項-1

- 由衛生局確定本年度需接受醫院感染管制查核之醫院名單後，開放受查核醫院登入TNIS系統-感染管制查核作業系統，填寫醫院自評表作業。
 - ✓ 一般醫院自評表
 - ✓ 兒童醫院自評表:經衛生福利部評核設立有兒童醫院者有4家(台大醫院、台北馬偕、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫院)，若查核時與總院合併查核，**醫院自評表僅需填列一份。**
- 兒童醫院自評表與一般醫院自評表不同處僅在自評表項次1.2部分，需將感染管制醫師與護理人力依其執登於總院或兒童醫院的情形，分別填寫人數。
- 本年度查核醫院**須填寫自評表封面**，經長官簽核後上傳感染管制查核作業系統。
- 配合醫院感染管制查核受查醫院頻率調整為**每2年1次**，自本(108)年度起，於**部分查核基準項次需填列106年與107年的量化指標數據**(項次1.2、1.3、1.5、1.6、2.3、3.3、4.4、4.6、5.1、5.2)。



108年醫院自評表填寫作業注意事項-2

- 受查核醫院窗口於**5月1日~5月31日**登入**TNIS系統-感染管制查核作業系統**，於完成後上傳提交予轄屬衛生局進行資料確認。**(以1個月為原則，但各醫院仍應以轄屬地方政府衛生局之規範為準)**
- 衛生局感染管制查核作業承辦人員於『醫院感染管制查核作業資訊系統』確認轄內醫院自評表內容正確性，並依審核結果回覆受查核醫院。
- 若**內容有不完整或邏輯謬誤**等情形發生時，將**退回**請受查核醫院進行**修正**。退回自評表時將同時寄發電子郵件通知，請受查核醫院依限完成修正並重新上傳。



填表說明

- 封面：醫院基本資料，包含醫院名稱（含縣市別）、機構代碼、單位主管、聯絡人、聯絡方式等。**本年度查核醫院須填寫此頁。**
- 配合醫院感染管制查核受查醫院頻率調整為**每2年1次**，故自本（108）年度起，於部分查核基準項次**需填列106年與107年的量化指標數據。**

自評表上傳常見缺失





封面

- 自評表封面-醫院院長、單位主管、聯絡人未簽名
- 評鑑合格效期錯誤或未填寫
- 封面未上傳

1.落實執行感染管制措施

- 1.1未填寫是否為第一次接受醫院感染管制查核。
- 1.2感染管制作業「醫師」、「護理人員」、「醫檢人員」人力及學分統計，沒有資料未填寫「0」。
- 1.3教育訓練計畫訓練完成度百分比計算錯誤。
- 1.4本項執行簡述未填。
- 1.5.門診區有無口罩提供機制，其他有填說明但未勾選，或有勾選其他但未填寫說明。急診檢傷分類站有無口罩提供機制，未選填。未設置急診，卻填寫檢傷分類站有無口罩提供機制。門診區主動提供口罩，提供方式未填。有無因應照護不同狀況之病人辦理個人防護裝備（PPE）標準及教育訓練：訓練完成度百分比（即受訓人數/應受訓人數百分比）有誤。
- 1.6組合式感染管制措施（bundle intervention）執行情形填寫錯誤。106年1-12月醫療照護相關感染通報情形中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器填寫未完整。

2.確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消

- 2.1目前院內全面使用拋棄式器械及衛材等物品，但續填消毒滅菌方式。院內未備有快消式高壓蒸氣滅菌鍋（快消模式滅菌鍋，IUSS），但續填是否訂有使用管理機制。
- 2.3負責執行稽核人員，其他選項有說明但未勾選。106年未曾進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測作業，卻勾選本院未設有上述高風險區域。106年未曾進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測作業，卻填寫106年的例行素檢測執行情形。有進行採檢，有檢出陽性者，簡述後續處理作為欄位未填。非高風險區域有填檢驗結果，但採檢日期及採檢地點未填寫。

3.落實抗生素抗藥性管理

- 3.1抗生素管理小組職類填寫錯誤。抗生素管理小組召開會議頻率未填。是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容未填。配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施。
- 3.2是否對抗生素使用量訂有適當的監測機制，統計方式、類別未勾選。是否定期隨機審查病歷，未填寫完整。有關病人非管制性抗生素使用之情形、有關病人管制性抗生素使用之情形、有關病人手術預防性抗生素使用之情形，未填寫完整。是否對抗生素不合理使用之情況回饋臨床醫師或科部，選「是」未填請簡述執行情形。



4.配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施

- 4.2自評等級為本項免評，卻填寫執行狀況簡述。
- 4.3列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）納入健保專案管理比率，未填。
- 4.4結核病病例討論會頻率未填寫。
- 4.5痰抹片陽性之確診病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例，未填。
- 4.6 107年5月防疫物資安全儲備量、庫存數量及上個月（4月1日至4月30日）使用量，安全儲備量及庫存數量錯置或未填寫完整。
- 4.7自評等級為本項免評，卻填寫執行狀況簡述
- 4.8透析單位是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程未勾選。本院設有門診透析單位未勾選。門診透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果，表格內數據未填寫完整。B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施：其他選項有填說明，未勾選。院內是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制：未設置門診透析單位，不用填請簡述說明通報機制。未勾選B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施、透析單位是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程、院內是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制。

5.員工保護措施

- 5.1B-1.是否掌握全體醫護人員B肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？選是未續答B-2。B-3.醫院是否提供「B型肝炎疫苗」？106年接種人數>0者，請續答B-3，否則請跳答【MMR疫苗】。
- 5.2請簡要說明事件之統計、分析、檢討及改善措施，未填寫。整項執行狀況簡述未填寫。

108年醫院自評表修正摘要





項次1.2應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行

- 感染管制作業「**醫師**」、「**護理人員**」人力及學分統計，**分別提報2年**
- 感染管制作業「**醫檢人員**」人力及學分統計：（若無請填寫「0」）

<u>感染管制作業</u> 「醫檢人員」人力	人數（人）		一年內感管訓練 累計學分 ≥ 20 者 （人）	
	<u>106年</u>	<u>107年</u>	<u>106年</u>	<u>107年</u>
專任 院內聘有感染管制醫檢人員全職辦理感染管制相關業務				
專責 院內聘有感染管制醫檢人員協助推行感染管制相關業務，兼辦臨床檢驗工作				
院內負責/協助感染管制業務之醫檢人員，但未具感染管制醫檢人員資格				



項次1.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制

*是否統計院內各單位的乾洗手液使用量，提供評估手部衛生遵從性參考？

☐否

☐是，107年1-12月全院病房（含加護病房）單位乾洗手液總使用量：_____公升

107年1-12月全院總住院人日數為：_____人日

註：乾洗手液總使用量係指全院病房（含加護病房）單位執行手部衛生使用之所有乾洗手液產品之總使用量（**採公升計算**）。



項次1.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行

	<u>106年</u>	<u>107年</u>
1.應受訓醫護人員數 (門診科別應含家醫科、內科、感染科、兒科等)		
2.實際參加PPE訓練人數		
3.訓練完成度百分比 (即受訓人數/應受訓人數)		

(註：以上統計數據僅供收集醫院員工接受教育訓練之現況，數據不做為評分之依據，請詳實填寫。另應受訓人數由醫院自行訂定。)



項次1.6定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

• 貴院106年1月至107年12月間是否曾發生群突發感染事件？

○否（附表四免填）

○是，請填寫「附表四、106年1月至107年12月群突發感染事件統計表」

附表四、106-107年群突發感染事件統計表⁴⁾

【填表說明】⁴⁾

1. 「群突發感染事件」係依醫院作業原則自行區分之。⁴⁾
2. 分別以「事件/病原別」、「單位別」進行案件數統計。⁴⁾
*「事件/病原別」可分別如：腹瀉、不明原因發燒、上呼吸道感染、疥瘡、多重抗藥性細菌、腸菌毒素、桿菌性痢疾、水痘、麻疹...等。⁴⁾
3. 綜述「改善措施及成果」。⁴⁾

106-107 年 1-12 月群突發感染事件-【事件別】統計 ⁴⁾	
年度-發生事件/病原 ⁴⁾	件數 ⁴⁾
範例：106 年-流感 ⁴⁾	2 ⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
合計	⁴⁾

(欄位不足，請自行增列)

106-107 年 1-12 月群突發感染事件-【單位別】統計 ⁴⁾	
年度-發生單位 ⁴⁾	件數 ⁴⁾
範例：106 年-5A 病房 ⁴⁾	1 ⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
⁴⁾	⁴⁾
合計	⁴⁾

(欄位不足，請自行增列)

改善措施及成果： ⁴⁾

(篇幅不足，請自行複製)⁴⁾



項次1.7落實安全注射行為(新增)

- #本項執行狀況簡述：



項次2.1確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒及滅菌管理

*目前院內是否全面使用拋棄式衛材等物品：

☐是

☐否（請續填消毒滅菌方式）

*目前執行衛材等物品之消毒滅菌方式為（可複選）：

☐業務外包（請於本項執行狀況簡述消毒滅菌業務外包辦理之方式與管理情形）

☐自行執行（請續填下列問題）



項次2.3落實環境清潔消毒及管理

• 106-107年是否曾經進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測作業：

○否，106-107年未曾進行醫院供水系統之退伍軍人菌環境檢測

○是，執行原因為何：（可複選）

☐配合進行疫情調查

☐院內常規例行性檢測，請簡述 106-107年的例行性檢測執行情形：

採檢日期	採檢地點	檢驗結果	有檢出陽性者，簡述後續處理作為
		(請勾選有採檢的系統進行填寫，可複選)	
		○冷水系統：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%) ○熱水系統：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%) ○冷熱水混合：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%)	
		○冷水系統：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%) ○熱水系統：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%) ○冷熱水混合：採集樣本__件， 檢出陽性__件 (陽性率：__%)	

註：相同供水系統同一採檢日但採檢地點不同，請合併在同一列填寫，格式不足可自行複製。



項次3.1抗生素管理計畫之領導與責任

*是否每半年至少辦理1次以上全院性「使用抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次？

☐否

☐是



項次3.2抗生素使用監測管理機制-1

*有關病人非管制性抗生素使用之情形，是否**建立機制**，防範下列情形發生？

○不適用（無使用非管制性抗生素情形）

○否

○是（請續填下列項目）

非管制性抗生素 <u>不當使用樣態</u>	是否建立機制，防範 左列情形發生
1.重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	○否 ○是
2.第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用。	○否 ○是
3.未依感染部位選用適當抗生素。	○否 ○是
4.社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	○否 ○是
5.使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	○否 ○是



項次3.2抗生素使用監測管理機制-2

有關病人管制性抗生素使用之情形，是否**建立機制**，防範下列情形發生？

☐不適用

☐本院無管制性抗生素藥物品項

☐本院有管制性抗生素藥物品項但無管制性抗生素使用情形

☐否

☐是（請續填下列項目）

管制性抗生素 不當使用樣態	是否建立機制，防範左列情形發生
1.臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	☐ 否 ☐ 是
2.無正當理由同時使用3種以上抗生素。	☐ 否 ☐ 是
3.使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。	☐ 否 ☐ 是
4.使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。	☐ 否 ☐ 是



項次3.2抗生素使用監測管理機制-3

*有關病人手術預防性抗生素使用之情形，是否建立下列機制？

○不適用

○本院未設置手術室

○本院無符合手術預防性抗生素使用之案例

○否

○是（請續填下列項目）

手術預防性抗生素使用情形	是否建立左列機制
1.需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑手術預防性抗生素（ <u>使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前2小時給予手術預防性抗生素</u> ；剖腹產則可在臍帶結紮切除 <u>前</u> 後立即給予手術預防性抗生素）。	○否 ○是
2.手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。	○否 ○是
3.劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。	○否 ○是
4.一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。	○否 ○是
5.手術中視必要（考慮藥品動態學）追加抗生素。	○否 ○是



項次3.2抗生素使用監測管理機制-4

*有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？

○不適用（本院無門診抗生素使用情形）

○否

○是（請續填下列項目）

門診抗生素使用情形	是否建立左列機制
1.有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	○否 ○是
2.一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○否 ○是
3.抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是
4.抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○否 ○是



項次3.3抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施-1

*是否針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案執行感染管制措施？

☐否

☐是 (請續填下列問題)

*是否針對分離出多重抗藥性微生物之個案進行標示，且為醫院全體同仁所知悉？

☐否

☐是，請簡述標示內容：_____



項次3.3抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施-2

*是否將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署？

*抗生素抗藥性管理通報系統之實驗室菌株通報完整率是否為100%？（查詢及通報方式如附件2）

☐否

☐是-分別於107及108年3月31日前，至少通報全院未分類檢體CRKP、CRAB、VRE及MRSA四種菌株之106及107年四季完整資料；實驗室菌株通報完整率=實際通報季數/年度應通報季數*100%）

*是否通報抗生素抗藥性管理通報系統之「抗藥性監測通報」？

☐否

☐是

*是否曾參與106或107年「抗生素抗藥性管理通報系統捐補助案」？

☐否

☐是



項次4.8透析單位之肝炎預防措施-1

#門診透析病人病毒性肝炎檢測執行情形：

本院未設置門診透析單位

本院設有門診透析單位：血液透析床____床，107年曾經接受長期血液透析病人____人
腹膜透析床____床，107年曾經接受長期腹膜透析病人____人

(註) 有關107年曾經接受長期透析 (血液/腹膜) 的病人數，可依據醫院通報至台灣腎臟醫學會 TSN-KiDiT 慢性腎臟病整合作業規劃管理系統中，以年報告之透析病患人數概況項下『本年 (月) 貴院共有幾位病人曾經接受長期血液/腹膜透析』人數填列。



項次4.8透析單位之肝炎預防措施-2

請填寫107年門診透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果：

透析方式註1	HBsAg			anti-HCV 抗體		
	基礎值陰性 人數註2	陽轉個案 數註3	陽轉率%	基礎值陰性 人數註2	陽轉個案 數註3	陽轉率%
血液透析						
腹膜透析						

註1：若107年的該項透析方式的門診透析病人數為0，則該透析方式下的各項資料可免填。

註2：「基礎值陰性」：係指107年曾接受長期透析病人中，其106年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無106年檢驗數值，則以其107年第一次檢驗值判定，若其檢驗結果為陰性者，則亦列入基礎值陰性人數。

註3：「陽轉個案數」：係指前項基礎值陰性者中，於107年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸入統計。



項次5.1訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行-1

【B型肝炎疫苗】

B-1.是否掌握全體醫護人員B肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？

☐ 否（請跳答【MMR疫苗】）

☐ 是，全院107年有___名未曾接種疫苗且抗體陰性人員(填報人員數為0者，請跳答B-3)

B-2.是否追蹤B-1填報人員接種B肝疫苗？

☐ 否

☐ 是，共有___人接種B型肝炎疫苗，
其中有___人為按期程接種者（第1劑、第2劑間隔1個月，滿6個月追接種第3劑）

B-3.醫院是否提供員工「B型肝炎疫苗」的措施？

☐ 否，由員工完全自費

☐ 是，由院方部分補助

☐ 是，由院方提供



項次5.1訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行-2

【MMR疫苗】

M-1.是否訂有醫療照護工作人員MMR疫苗接種計畫？

○否（請跳答【季節性流感疫苗】）

○是，請填寫下表

人員類別		1981年以後出生之醫療照護工作人員人數（甲）註 ¹	甲類人員中符合以下任一條件之人數： 1 具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或 2 提出【麻疹抗體檢驗陽性證明】，或 3 提出【按時程完成2劑MMR疫苗接種紀錄】，或 4 提出【最近15年內曾補接種1劑MMR疫苗紀錄】 （乙）	具麻疹免疫力之工作人員比率（%）乙/甲*100	備註欄
高風險單位註 ²	急診 ○未設置				
	感染科 (含隔離病房) ○未設置				
	小兒科 ○未設置				
	婦產科 ○未設置				
	107年全院醫療照護工作新進人員註 ²				

註1. 若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。

註2. 高風險單位核算期間為單位進行自評時當下醫療照護工作人員之情形，全院新進醫療照護工作人員核算期間為查核前一年度（即107年度）。



項次5.1訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行-3

M-3.計畫適用對象除上述高風險單位醫療照護工作人員及全院新進人員之外，是否包括其他單位醫療照護工作人員？

○否 (請續答M-4)
○是，請填寫下表

人員類別	1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(甲)註 ¹	甲類人員中符合以下任一條件之人數： 1 具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或 2 提出【麻疹抗體檢驗陽性證明】，或 3 提出【按時程完成2劑MMR疫苗接種紀錄】，或 4 提出【最近15年內曾補接種1劑MMR疫苗紀錄】 (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率(%) 乙/甲*100	備註欄
其他單位註 ² ○全院 ○部分單位，含括：				

註1.甲類人員中若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況(如懷孕)者，應重新評估接種之可能性。

註2.其他單位係指除貴院高風險單位以外之所有設置的科別/處室/單位，若非全院納入，請勾選「部分單位」，並填寫納入的科別/處室/單位。

TNIS系統線上提報介紹





TNIS系統功能畫面路徑



醫療照護
相關感染資料通報



抗生素抗藥性
管理通報系統



感染管制
查核作業系統



資料
維護作業



醫院查核窗口設定方式(1/2)

- 請醫院的**感控窗口**登入系統，點選「**資料維護作業**」圖示進入功能群組



- 進入「**資料維護作業**」頁面，點選【**基本資料維護**→**醫院使用者帳號維護**】功能





醫院查核窗口設定方式(2/2)

- 進入【基本資料維護→醫院使用者帳號維護】頁面，針對要設定為「**查核窗口**」之人員進行**勾選**後，點選【**儲存變更**】即設定完成。
- 每家醫院**只能設定1位查核窗口**

醫療院所：財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 ☐ 顯示含已註記資料

感控窗口
姓名：洪靖慈
聯絡電話：(07) 3121101 #7201
電子郵件：830293@ms.kmuh.org.tw

搜尋結果共計找到 15 筆相符資料 - 這是第 1 - 10 筆 -

姓名	Email	身分別	使用者	查核窗口	系統帳號可使用天數	設為感控窗口	離職註記	修改
		醫師	☐	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		醫師	☐	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		醫師	☐	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		醫師	☐	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		感控護理師	☐	☒	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		感控護士	☒	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		感控護士	☒	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改
		感控護理師	☒	☐	剩 170 天	感控窗口	註記	修改

儲存變更

僅有「查核窗口」具有權限





自評表填報

- 進入【感染管制查核作業系統】頁面，點入【受查核醫院作業區】。



首頁	受查核醫院作業區 »	查核委員作業區 »
	自評表填報	
	缺失與建議事項辦理情形	
	受查核醫院-問卷調查	
	查核資料下載	



查核資料下載

查核窗口

首頁	受查核醫院作業區 »	資料檢索與報表分析 »
	自評表填報	
	缺失與建議事項辦理情形	
	受查核醫院-問卷調查	
	查核資料下載	

醫院其他使用者

首頁	受查核醫院作業區 »	資料檢索與報表分析 »
	查核資料下載	



自評表填報

首頁

受查核醫院作業區 »

資料檢索與報表分析 »

自評表填報

缺失與建議事項辦理情形

受查核醫院-問卷調查

查核資料下載



自評表填報

按下【受查核醫院作業區 | 自評表填報】功能，預設進入『1. 基本資料』頁面。

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次查核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

基本資料	醫院名稱			
	醫療機構代碼			
	醫院院長			
	單位主管		職稱	
	聯絡人		職稱	
	聯絡電話			
	傳真號碼			
	電子郵件信箱			
	今年是否申請醫院評鑑/精神科醫院評鑑	☐ 是 ☐ 否		

資料上傳日期： 下一步：2. 病床資料 存檔

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2010

客服諮詢窗口：02-2784-1059

cdctnis@cdc.gov.tw



自評表填報- 1.基本資料

- 醫院名稱及醫療機構代碼由系統自動帶入，空格欄位填寫完成後，請點選【**下一步：2.病床資料**】繼續填寫。

自評表填寫

1. 基本資料 → 2. 病床資料 → 3. 自評表填報 → 4. 附表一：前次查核改善意見 → 5. 附表二：兼任人力資料 → 6. 附表三：手部衛生 → 7. 附表四：群突發事件 → 8. 文件上傳

基本資料	醫院名稱			
	醫療機構代碼			
	醫院院長	院長名		
	單位主管	單位主管名	職稱	職稱
	聯絡人	聯絡人名	職稱	職稱
	聯絡電話	聯絡電話		
	傳真號碼	傳真號碼		
	電子郵件信箱	電子郵件信箱		
	今年是否申請醫院評鑑/精神科醫院評鑑	☐ 是 ☐ 否		

資料上傳日期：

下一步：2. 病床資料 **存檔**

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2010
客服諮詢窗口：02-2784-1059
cdctnis@cdc.gov.tw

填報過程中，可隨時於點選【**存檔**】儲存已填報資料後，離開查核作業系統，之後再繼續完成自評表填報。



自評表填報- 2.病床資料

- 病床數及病床種類等資料，均由系統自動帶入，相關資料來源下載自醫事系統。
- 若醫院病床數或病床種類等資料與系統不盡相符，請於「備註」欄位填寫說明，完成後請點選【**下一步：3.自評表填報**】繼續填寫。
- 如需回『**1.基本資料**』修改資料，請點選【**上一步：1.基本資料**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次查核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手術衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

病 床 資 料	總病床數	2947
	急性一般病床數	2198
	一般病床	急性精神病床
	特殊病床	手術恢復床、加護病床、正壓隔離病床、安寧病床、血液透析病床、亞急性呼吸照護病床、其他觀察病床、急診觀察床、負壓隔離病床、骨髓移植病床、普通隔離病床、燒傷加護病床、燒傷病床、嬰兒床、嬰兒病床
	其他	手術台、牙醫治療台、門診診療室、產台、精神科日間照護單位
	備註	急性一般病床 3035 床

說明病床數或病床資料差異

備註

資料上傳日期：

上一步：1. 基本資料 存檔 下一步：3. 自評表填報



自評表填報- 3.自評表填報

首頁 受查核醫院作業區

1. 基本資料

2. 病床資料

3. 自評表填報

4. 附表一：前次查核改善意見

5. 附表二：兼任人力資料

6. 附表三：手部衛生

7. 附表四：群突發事件

8. 文件上傳

1. 落實執行感染管制措施

2. 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消

3. 落實抗生素抗藥性管理

4. 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施

5. 員工保護措施

項次	查核基準	自評等級
2.1	確實執行衛材、器械、儀器之清潔、消毒及滅菌管理	☐ 優良 ☐ 符合 ☐ 不符合

2.2	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	☐ 優良 ☐ 符合 ☐ 不符合
-----	-------------------------------	---

執行狀況簡述：
*院內是否設置內視鏡室：
☐ 未設置 ☐ 有設置
*目前院內是否全面使用拋棄式衛材等物品：
☐ 是
☐ 否（請續填消毒滅菌方式）
*目前執行衛材等物品之消毒滅菌方式為：
☐ 業務外包
☐ 自行執行（請續填下列問題）
*請選擇所使用的滅菌鍋（可複選）：
☐ 桌上型高壓蒸氣滅菌鍋（鍋腔小於2立方英尺）
☐ 鍋腔大於2立方英尺的高壓蒸氣滅菌鍋
☐ 電熱鍋
☐ 環氧乙烷低溫滅菌鍋
*院內是否備有快消式高壓蒸氣滅菌鍋
☐ 否
☐ 是，請續填下列問題
*是否訂有使用管理機制？
☐ 否
☐ 是，請於實地查核時提供相關文件及使用記錄備查

*本項執行狀況簡述：

*本項執行狀況簡述：

*是否針對醫療環境清潔工作訂有管理機制？
☐ 否，未訂定
☐ 有（可複選）：
☐ 訂有標準作業流程 ☐ 訂有稽核檢查表
☐ 訂有清潔工作人員教育訓練與測驗機制
☐ 其他（請說明）：
*是否定期稽核醫療環境清潔工作執行情形？
☐ 否，未辦理定期稽核
☐ 有，請續答以下問題
*是否執行稽核人員包絡（可複選）：

自評表依據5大項查核基準，分為5個頁籤

點選基準名稱，填報項次下各細項基準之執行狀況

- 依選項進行點選
✓ 「○」代表單選
✓ 「□」代表可複選
※單選可再次點選取消勾選

- 彙整各單位提報之內容，可用複製貼上方式填入
- 只可輸入文字及數字，表格、照片等請另以附件方式提供



自評表填報- 3.自評表填報

- 切換**基準大項**時，系統**不會自動儲存**已填寫資料，請務必適時點選【**存檔**】儲存已填寫資料，避免資料散失。
- 『3.自評表填報』各項基準填寫完成後，請點選【**下一步：4.前次查核改善意見**】繼續填寫。
- 如需回『**2.病床資料**』修改資料，請點選【**上一步：2.病床資料**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。

自評表填寫

1. 基本資料 → 2. 病床資料 → **3. 自評表填報** → 4. 附表一：前次查核改善意見 → 5. 附表二：兼任人力資料 → 6. 附表三：手部衛生 → 7. 附表四：群突發事件 → 8. 文件上傳

1. 落實執行感染管制措施	2. 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消	3. 落實抗生素抗藥性管理	4. 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	5. 員工保護措施
5.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	☐ 符合 ☐ 不符合	*106年度院內工作人員通報之尖銳物品扎傷或血液、體液暴露事件共 件； 請簡要說明事件之統計、分析、檢討及改善措施： #本項執行狀況簡述：	

資料上傳日期：107/02/27

上一步：2. 病床資料

存檔

下一步：4. 前次查核改善意見



自評表填報 — 注意事項

- 「執行狀況簡述」欄位：**限500字**，每一受查項目均需依序填寫，勾選『本項免評』之項目可不需填寫。
- 自評表中提到如「查詢方式請參閱：[查核資料下載區-自評表參考附件1](#)」時，請參閱前段功能介紹內容，前往「查核資料 下載區」參閱相關內容。
- 自評表相關佐證資料及簽核文件上傳
 - 填報欄位**只可輸入文字或數字**，若敘述內容包含表格、照片等，請另以附件檔案(PDF檔)上傳提供。
 - 填報過程中，若提供之表格**不敷使用**(例：辦理之新興與再浮現傳染病課程超過10堂課)，**請另以附件檔案(PDF檔)上傳提供**
 - **自評表第1頁**簽章文件，請掃描或拍照後，以PDF檔上傳提供



自評表填報 — 4.前次查核改善意見

- 進入『4.附表一：前次查核改善意見』，系統預設顯示「缺失事項」頁面，並自動帶入最近一次查核「缺失事項」項次與意見內容，提供醫院填寫目前改善進度及「最近一次年度醫院評鑑之感染管制相關事項與辦理情形」
- 填寫完成後請點選【**下一步：4.建議事項**】繼續填寫，如需回『3.自評表填報』修改資料，請點選【**上一步：3.自評表填報**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。
- 另可透過表格左上角的【**缺失事項**】與【**建議事項**】按鈕切換畫面。

自評表填寫

1. 基本資料 → 2. 病床資料 → 3. 自評表填報 → 4. 附表一：前次查核改善意見 → 5. 附表二：兼任人力資料 → 6. 附表三：手部衛生 → 7. 附表四：群突發事件 → 8. 文件上傳

前次查核改善意見

缺失事項 建議事項

【填表說明】
1. 107年度評鑑醫院請說明106年查核缺失與建議事項及107年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。

前次查核改善意見		目前改善進度	
項次	意見內容	改善狀況	改善情形 (或尚未改善理由)
106年度醫院評鑑之感染管制相關事項與辦理情形			
23123			

資料上傳日期：107/02/27

上一步：3. 自評表填報 存檔 下一步：4. 建議事項



自評表填報 — 4.前次查核改善意見

- 進入『建議事項』頁面，系統自動帶入最近一次查核「建議事項(含綜合評語)」項次與意見內容，提供醫院填寫目前執行進度。
- 填寫完成後請點選【**下一步：5.兼任人力資料**】繼續填寫，如需回『**缺失事項**』修改資料，請點選【**上一步：4.缺失事項**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。
- 另可透過表格左上角的【**缺失事項**】與【**建議事項**】按鈕切換畫面。

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次查核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

缺失事項		建議事項	
【填表說明】 1. 107年度評鑑醫院請說明106年查核缺失與建議事項及107年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。			
前次查核建議事項		目前執行進度	
項次	建議	執行狀況	執行情形 (或尚未執行理由)
1.1	委員會開會紀錄宜有出席簽到表1	已完成 ▾	執行情形1 ▴ ▾
106年度醫院評鑑之感染管制相關事項與辦理情形			
23123 ▴ ▾			

資料上傳日期：107/02/27

上一步：4. 缺失事項 存檔 下一步：5. 兼任人力資料



自評表填報 — 4.前次查核改善意見

填表說明

缺失事項

前次查核改善意見

缺失事項

建議事項

【填表說明】

1. 107年度評鑑醫院請說明前次查核缺失與建議事項及106年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。

前次查核改善意見		目前改善進度	
項次	意見內容	改善狀況	改善情形 (或尚未改善理由)
107年度醫院評鑑之感染管制相關事項與辦理情形			
醫院評鑑之感染管制相關事項與辦理情形			

自行選取

簡述改善情形

資料上傳日期：108/04/17

上一步：3. 自評表填報

存檔

下一步：4. 建議事項

若前次查核沒有缺失事項、沒有建議事項及綜合評語則列表無資料帶入

建議事項

前次查核改善意見

缺失事項

建議事項

【填表說明】

1. 107年度評鑑醫院請說明前次查核缺失與建議事項及106年評鑑之感染管制相關建議事項的辦理情形。

前次查核建議事項		目前執行進度	
項次	建議	執行狀況	執行情形 (或尚未執行理由)
綜合	"1.加護病房建議加驗冷水系統，一般病房建議加驗蓮蓬頭及水龍頭出水口之退伍軍人菌檢測。2.請針對全院性適當使用抗生素之醫師、護理人員、藥師實際出席狀況分別呈現。3.牙科去污區及打包區於同一空間，建議遵循清潔區及污染區區隔。4.病人轉院治療或轉介至人口密集機構前，應填具「機構間感染管制轉介單」以提醒其他機構加強落實感管措施。"	已完成	執行情形01

自行選取

簡述執行情形

資料上傳日期：108/04/17

上一步：4. 缺失事項

存檔

下一步：5. 兼任人力資料



自評表填報 — 5.兼任人力資料

填表注意事項：各欄位皆需填寫，且填報之人數應與自評表合計之兼任人數相同

自評表填寫

1. 基本資料

2. 病床資料

3. 自評表填報

4. 附表一：前次查核改善意見

5. 附表二：兼任人力資料

6. 附表三：手部衛生

7. 附表四：群突發事件

8. 文件上傳

新增一列							
姓名	專業別	證書證號	原服務機關	支援期間(yyy/mm)	聘任證明	支援時數及作業內容	
範例 王大明	感染症專科醫師	感染專醫證字第 000號	000醫院	104/01~104/12	聘函	1.每週支援感染科門診4小時 2.每週2天至本院協助感管業務	
刪 郝醫生	感染症專科醫師 ▾	110	受測醫院A	104/01 ~ 108/01	聘函 ▾	每週支援感染科門診8小時	
刪	感染症專科醫師 ▾			~	聘函 ▾		

此處請填寫該兼任人力服務機關，**不應**與填寫自評表醫院相同。

資料上傳日期：107/02/27

上一步：4. 前次查核改善意見

存檔

下一步：6. 手部衛生



自評表填報 — 6.手部衛生

- 進入『6.附表三：手部衛生』，請填寫手部衛生相關資料
 - 填入的數值若不符合備註所列的邏輯，將以紅色字體呈現，提醒填報者進行修正
- 填寫完成後請點選【**下一步：7.群突發事件**】繼續填寫，如需回『5.兼任人力資料』修改資料，請點選【**上一步：5.兼任人力資料**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。

自評表填寫

1. 基本資料 → 2. 病床資料 → 3. 自評表填報 → 4. 附表一：前次查核改善意見 → 5. 附表二：兼任人力資料 → 6. 附表三：手部衛生 → 7. 附表四：群突發事件 → 8. 文件上傳

手 部 衛 生	手部衛生機會數	手部衛生行動 / 步驟				手部衛生時機數				
		執行乾洗手次數	乾洗手步驟確實次數	執行濕洗手次數	濕洗手步驟確實次數	時機一 接觸病人前	時機二 執行清潔/無菌操作技術前	時機三 暴露病人體液風險後	時機四 接觸病人後	時機五 接觸病人週遭環境後
	1000	5000	300	5000	3589	1475	457	4238	475	454

備註：

- 請依據「手部衛生之五時機」之執行及稽核原則進行內部稽核。
- 請統計貴院106年全院手部衛生稽核結果，進行次數統計並填入本表。
- 各項欄位均應填寫；若實地稽核時未觀察到乾洗手次數、濕洗手次數或某項時機數，請填寫0；若貴院手部衛生稽核未含括之項目，則請在該欄填入NA。切勿留空。
- 執行乾洗手次數「應」≥乾洗手確實次數。
- 執行濕洗手次數「應」≥濕洗手確實次數。
- 手部衛生時機數總和「應」≥手部衛生機會數。

資料上傳日期：108/04/17

上一步：5. 兼任人力資料 | 存檔 | 下一步：7. 群突發事件



自評表填報 — 6.手部衛生

- 進入『6.附表三：手部衛生』，請填寫手部衛生相關資料
 - ✓ 填入的數值若不符合備註所列的邏輯，將以紅色字體呈現，提醒填報者進行修正
- 填寫完成後請點選【**下一步：群突發事件**】繼續填寫，如需回『5.兼任人力資料』修改資料，請點選【**上一步：5.兼任人力資料**】，或點選【**存檔**】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。

192.168.173.49 顯示

執行濕洗手次數應 $\geq$ 濕洗手確實次數

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報

確定

附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

手 部 衛 生	手部衛生 機會數	手部衛生行動 / 步驟				手部衛生時機數				
		執行乾洗手 次數	乾洗手步驟 確實次數	執行濕洗手 次數	濕洗手步驟 確實次數	時機一 接觸病人前	時機二 執行清潔/無菌操 作技術前	時機三 暴露病人體液風 險後	時機四 接觸病人後	時機五 接觸病人週遭環 境後
生	1000	5000	300	100	3589	1475	457	4238	475	454

備註：

- 請依據「手部衛生之五時機」之執行及稽核原則進行內部稽核。
- 請統計貴院106年全院手部衛生稽核結果，進行次數統計並填入本表。
- 各項欄位均應填寫：若實地稽核時未觀察到乾洗手次數、濕洗手次數或某項時機數，請填寫0；若貴院手部衛生稽核未含括之項目，則請在該欄填入NA，切勿留空。
- 執行乾洗手次數「應」 $\geq$ 乾洗手確實次數。
- 執行濕洗手次數「應」 $\geq$ 濕洗手確實次數。
- 手部衛生時機數總和「應」 $\geq$ 手部衛生機會數。

資料上傳日期：108/04/17

上一步：5. 兼任人力資料

存檔

下一步：7. 群突發事件



自評表填報 — 7.附表四：群突發事件

- 進入『7.附表四：群突發事件』，請填寫群突發事件相關資料
 - ✓ 表格若不敷使用，請點選【新增一列事件列】或【新增一列單位列】
 - ✓ 按下【刪】可刪除已填寫的事件列
 - ✓ 因填報資料為兩年之資料，填報方式請以『年度-事件/病原、年度-/單位』填列
- 填寫完成後請點選【下一步：8.文件上傳】繼續填寫，如需回『手部衛生』修改資料，請點選【上一步：6.手部衛生】，或點選【存檔】儲存目前填寫資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。

【填表說明】

1. 「院內感染群突發事件」係依醫院作業原則自行區分之。
2. 分別以「事件/病原別*」、「單位別」進行案件數統計。
 - *「事件/病原別」可分列如：腹瀉、不明原因發燒、上呼吸道感染、疥瘡、多重抗藥性細菌、諾羅病毒、桿菌性痢疾、水痘、麻疹...等。
3. 綜述「改善措施及成果」。

新增一列事件列	
發生事件/病原	件數
106年-群聚流感	2
107年-群聚腸病毒	1

新增一列單位列	
發生單位	件數
106年-5A病房	1
106年-7B病房	1
107年-3A病房	1

改善措施及成果

使用稀釋漂白水全面消毒



自評表填報 — 8.文件上傳

- 自評表填報過程中，隨時可以點選【**下載自評表**】存取word檔
 - ✓ 下載之檔案依據當時已存檔之填報的內容呈現
 - ✓ 完成「自評表填報」功能項下各個工作頁的資料填報後，**請下載完整自評表進行院內簽核作業**
- 自評表簽核完成後，請將完成核章的自評表首頁上傳
 - ✓ 點選【**瀏覽**】選擇欲上傳的檔案後，點選【**上傳檔案**】，檔案名稱請以「**自評表首頁-醫院名稱**」之命名原則存檔(如：**自評表首頁-高雄醫學大學附設中和紀念醫院**)。
 - ✓ 請注意每次只能上傳**1**件檔案，且檔案大小不可超過**2MB**
 - ✓ 上傳的檔案將列表呈現，可以點選【**下載**】進行檢視，或按下【**刪**】進行移除
 - ✓ 檔案上傳完成後，可繼續前往其他頁面進行填寫，或離開查核作業系統

自評表填寫

1. 基本資料 2. 臨床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次查核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

【備註說明】

1. 資料上傳後，自評表填報內容將不能再做修改，必須由衛生單位人員退回才能修正。
2. 其他因自評表填報格式不足之補充資料，請改以上傳檔案方式一併提供。
3. 必須上傳自評表簽核紙本掃描檔。
4. 上傳檔案只能為pdf檔，且大小限制2MB以內。

文件上傳	檔案名稱		下載
	檔名	檔案大小	
	06-6. 107 需求2 AR通報統計表.pdf	1.02 MB	

資料上傳日期：107/02/27

上一步：7. 群突發事件 存檔 資料上傳 **下載自評表**



自評表填報 — 資料上傳

- 自評表確認填寫完成，且自評表首頁簽核文件以及自評表相關附件都上傳完成後，請點選【**資料上傳**】即可將整份自評表進行送出
- ✓ 資料上傳之前，如需回『**群突發事件**』修改資料，請點選【**上一步：7.群 突發事件**】，或點選【**存檔**】儲存目前資料後，可直接前往其他頁面或離開查核作業系統。
- ✓ 點選【**資料上傳**】時，系統會檢查5大項基準各項目的自評等級(優良/符合/不符合/本項免填)是否皆已填妥，若有未填妥項目將出現**提示訊息**。
- ✓ 除非衛生局將自評表退回請醫院進行修正，**資料上傳之後無法再修正自評表內容或上傳任何文件檔案**，衛生局退還時系統將寄發**電子郵件通知**。

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次查核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

【備註說明】

1. 資料上傳後，自評表填報內容將不能再做修改，必須由衛生單位人員退回才能修正。
2. 其他因自評表填報格式不足之補充資料，請改以上傳檔案方式一併提供。
3. 必須上傳自評表紙本掃描檔。
4. 上傳檔案只能為pdf檔，且大小限制2MB以內。

文件上傳	檔案名稱		下載
	檔名	檔案大小	
	06-6. 107 需求2 AR通報統計表.pdf	1.0 MB	

資料上傳日期：107/02/27

上一步：7. 群突發事件 存檔 **資料上傳** 下載自評表



自評等級未填寫完整之提示訊息

應用程式 ★ Bookmarks HAI Validation_Ore ECDC_Antimicrobia States required by li www.apic.org

自評表填寫

1. 基本資料 2. 病床資料 3. 自評表填報 4. 附表一：前次稽核改善意見 5. 附表二：兼任人力資料 6. 附表三：手部衛生 7. 附表四：群突發事件 8. 文件上傳

【備註說明】
1. 資料上傳後，自評表填報內容將不能再做修改，必須由衛生單位人員退回才能修正。
2. 其他因自評表填報格式不足之補充資料，請改用上傳檔案方式一併提供。
3. 必須上傳自評表審核紙本掃描檔。
4. 上傳檔案只能為pdf檔，且大小限制2MB以內。

選擇檔案 未選擇任何檔案 上傳檔案

文件	檔名	下載
上傳	CDC-core-practices.pdf	下載

資料上傳日期： 上一步：7. 群突發事件 存檔 資料上傳 下載自評表

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2010
客服諮詢窗口：02-2794-1059
odctnis@cdc.gov.tw

來自 192.168.173.49

尚有自評表子項次4.2,4.3,4.5,4.7,4.8,5.1,5.2未填寫完成，請確認是否上傳？

確定

取消

- 提示訊息列出目前有哪些基準的自評等級還沒有填寫的
- 若按下【確定】，資料仍會上傳，按下【取消】才能回到自評表填報，繼續填寫



自評表退回通知-電子郵件內容

從: TNIS@cdc.gov.tw [TNIS@cdc.gov.tw]

寄件日期: 2018年3月12日 上午 11:43

至: 台灣院內感染系統

副本: 台灣院內感染系統

主旨: 【台北市衛生局】【2018】年醫院感染管制查核自評表退回通知

敬啟者 您好：

貴院於 TNIS 感染管制查核系統填報的自評表，經過衛生局檢閱後，提出修正意見如下：

1.基準項次5.1資料未填寫完整 2.附表三-手部衛生稽核之機會數資料有錯誤不合邏輯處

請依照衛生局意見，於 **TNIS 系統/感染管制查核作業系統/受查核醫院作業區/自評表填報**，修改自評表內容，並請於此郵件寄送日期7天內完成修正資料上傳，如有相關問題請洽詢貴院轄屬衛生局(聯絡電話：【02-23913452】；電子郵件：【cdctnis@cdc.gov.tw】)。

非常感謝您的配合與協助！

- 【】及 內的文字將由TNIS系統帶入相關資訊
 - 例如：聯絡電話及電子郵件為負責審閱該自評表之衛生局同仁於TNIS系統帳號填入的電話號碼及電子郵件地址；
- 內的文字係衛生局將自評表退回請醫院修正的原因



高雄醫學大學附設醫院
Kaohsiung Medical University Hospital

THANK YOU

謝

謝

聆

聽

