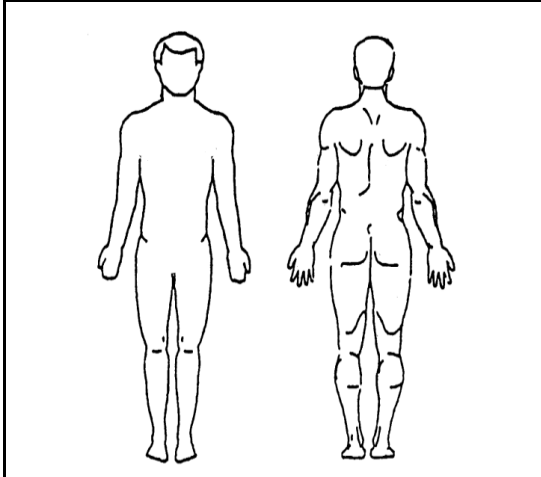


消防機關救護紀錄表(消防局、隊)

救災救護指揮中心指派案號：
編號：

派遣資料							處置項目 (此欄可複選)																																															
日期	年 月 日	出動單位		受案單位	<input type="checkbox"/> 救災救護指揮中心 <input type="checkbox"/> 分隊自行受理		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 基本呼吸道/呼吸處置 <input type="checkbox"/>口咽呼吸道 <input type="checkbox"/>鼻咽呼吸道 <input type="checkbox"/>抽吸 <input type="checkbox"/>哈姆立克法 <input type="checkbox"/>聲門上呼吸道(SGA) ____號 <input type="checkbox"/>鼻管 ____ L/Min <input type="checkbox"/>面罩 ____ L/Min <input type="checkbox"/>非再呼吸型面罩 <input type="checkbox"/>BVM(正壓輔助呼吸) <input type="checkbox"/>霧化吸入型面罩 <input type="checkbox"/>其他 </div> <div style="width: 45%;"> 心肺復甦術 <input type="checkbox"/>自動心肺復甦機(MCPR) <input type="checkbox"/>CPR ____分鐘 <input type="checkbox"/>使用AED <input type="checkbox"/>電擊去顫 ____次 <input type="checkbox"/>不建議電擊 </div> </div>																																															
受理時間	出動時間	到達現場時間	離開現場時間	送達醫院時間	離開醫院時間	返隊待命時間																																																
時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分																																																
發生地點					協同處理單位		<div style="text-align: center;"> <p>請在圖上標示說明受傷部位及其尺寸</p>  </div>																																															
送往醫院或地點		<input type="checkbox"/> 就近適當 <input type="checkbox"/> 指揮中心 <input type="checkbox"/> 傷病患或家屬要求		未送醫原因		未接觸 未發現 <input type="checkbox"/> 誤報 <input type="checkbox"/> 中途取消 未送醫 <input type="checkbox"/> 拒送 <input type="checkbox"/> 警察處理 <input type="checkbox"/> 現場死亡 <input type="checkbox"/> 其他____ 出動待命 <input type="checkbox"/> 火警 <input type="checkbox"/> 支援勤務																																																
傷病患資料																																																						
傷病患姓名		<input type="checkbox"/> 不詳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 經評估後判斷	傷病患財物明細： <input type="checkbox"/> 未經手		藥物處置 <input type="checkbox"/> 靜脈輸液，部位____ <input type="checkbox"/> 0.9% N/S ____ml <input type="checkbox"/> L/R ____ml <input type="checkbox"/> ____葡萄糖液 ____ml <input type="checkbox"/> 給予口服葡萄糖液/粉 <input type="checkbox"/> 協助使用Aspirin <input type="checkbox"/> 協助使用NTG含片 ____片 <input type="checkbox"/> 協助使用支氣管擴張劑 ____次																																															
國民身分證統一編號/外籍患者護照號碼		<input type="checkbox"/> 不詳	年齡	<input type="checkbox"/> 經評估後判斷	有 保管人： (簽章)																																																	
傷病患住址		縣 鄉 鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 <input type="checkbox"/> 同發生地點 市 市 區 里 街																																																				
現場狀況 (此欄可複選)							創傷處置 <input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 清洗傷口 <input type="checkbox"/> 止血、包紮 <input type="checkbox"/> 骨折固定 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> KED固定 <input type="checkbox"/> 其他____																																															
現場狀況 (此欄可複選)																																																						
<input type="checkbox"/> 非創傷 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>急病 <input type="checkbox"/>呼吸問題 (喘/呼吸急促) <input type="checkbox"/>呼吸道問題 (異物哽塞) <input type="checkbox"/>昏迷 (意識不清) <input type="checkbox"/>胸痛/悶 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>一般疾病 <input type="checkbox"/>頭痛/頭暈/昏倒/昏厥 <input type="checkbox"/>發燒 <input type="checkbox"/>嘔心/嘔吐/腹瀉 <input type="checkbox"/>肢體無力 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>疑似毒藥物中毒 <input type="checkbox"/>疑似一氧化碳中毒 <input type="checkbox"/>癲癇/抽搐 <input type="checkbox"/>路倒 <input type="checkbox"/>行為急症/精神異常 <input type="checkbox"/>孕婦急產 <input type="checkbox"/>到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/>其他____ </td> </tr> </table>																	<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 呼吸問題 (喘/呼吸急促) <input type="checkbox"/> 呼吸道問題 (異物哽塞) <input type="checkbox"/> 昏迷 (意識不清) <input type="checkbox"/> 胸痛/悶 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 頭痛/頭暈/昏倒/昏厥 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 嘔心/嘔吐/腹瀉 <input type="checkbox"/> 肢體無力	<input type="checkbox"/> 疑似毒藥物中毒 <input type="checkbox"/> 疑似一氧化碳中毒 <input type="checkbox"/> 癲癇/抽搐 <input type="checkbox"/> 路倒 <input type="checkbox"/> 行為急症/精神異常 <input type="checkbox"/> 孕婦急產 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他____	創傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 摔跌傷 <input type="checkbox"/> 墜落傷 約：____公尺 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 ____度 ____% <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 生物咬傷 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他____																																			
<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 呼吸問題 (喘/呼吸急促) <input type="checkbox"/> 呼吸道問題 (異物哽塞) <input type="checkbox"/> 昏迷 (意識不清) <input type="checkbox"/> 胸痛/悶 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 頭痛/頭暈/昏倒/昏厥 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 嘔心/嘔吐/腹瀉 <input type="checkbox"/> 肢體無力	<input type="checkbox"/> 疑似毒藥物中毒 <input type="checkbox"/> 疑似一氧化碳中毒 <input type="checkbox"/> 癲癇/抽搐 <input type="checkbox"/> 路倒 <input type="checkbox"/> 行為急症/精神異常 <input type="checkbox"/> 孕婦急產 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他____																																																					
過去病史							搬運 <input type="checkbox"/> 自行上車 <input type="checkbox"/> 以適當方式搬運																																															
過去病史																																																						
過去病史																	特定後送姿勢 <input type="checkbox"/> 平躺 <input type="checkbox"/> 半坐臥 <input type="checkbox"/> 左/右側躺 <input type="checkbox"/> 下肢抬高																																					
過去病史							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">給藥</td> <td style="width: 10%;">時間</td> <td style="width: 15%;">藥名</td> <td style="width: 15%;">途徑/劑量</td> <td style="width: 15%;">氣管內管：____號 (固定深度)fix：____cm</td> <td rowspan="3" style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">A L S 處 置</td> <td rowspan="3" style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;"> 醫療/線上指導醫師核簽 <input type="checkbox"/>手動電擊：____次：____ Joule </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																				給藥	時間	藥名	途徑/劑量	氣管內管：____號 (固定深度)fix：____cm	A L S 處 置	醫療/線上指導醫師核簽 <input type="checkbox"/> 手動電擊：____次：____ Joule																					
給藥	時間	藥名	途徑/劑量	氣管內管：____號 (固定深度)fix：____cm	A L S 處 置	醫療/線上指導醫師核簽 <input type="checkbox"/> 手動電擊：____次：____ Joule																																																
過去病史							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">生命徵象</td> <td style="width: 10%;">時間</td> <td style="width: 15%;">意識狀態</td> <td style="width: 10%;">呼吸</td> <td style="width: 10%;">脈搏</td> <td style="width: 10%;">血壓</td> <td style="width: 10%;">GCS</td> <td style="width: 10%;">SpO₂</td> <td style="width: 10%;">體溫</td> <td style="width: 10%;">血糖值</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>清 <input type="checkbox"/>聲 <input type="checkbox"/>痛 <input type="checkbox"/>否</td> <td>次/分</td> <td>次/分</td> <td><input type="checkbox"/>頸 <input type="checkbox"/>股、肱 <input type="checkbox"/>橈 <input type="checkbox"/>無</td> <td>E__V__M__</td> <td>%</td> <td>℃</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>清 <input type="checkbox"/>聲 <input type="checkbox"/>痛 <input type="checkbox"/>否</td> <td>次/分</td> <td>次/分</td> <td>/ mmHg</td> <td>E__V__M__</td> <td>%</td> <td>℃</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>到院後檢傷站</td> <td><input type="checkbox"/>清 <input type="checkbox"/>聲 <input type="checkbox"/>痛 <input type="checkbox"/>否</td> <td>次/分</td> <td>次/分</td> <td>/ mmHg</td> <td>E__V__M__</td> <td>%</td> <td>℃</td> <td>mg/dl</td> </tr> </table>										生命徵象	時間	意識狀態	呼吸	脈搏	血壓	GCS	SpO ₂	體溫	血糖值		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 股、肱 <input type="checkbox"/> 橈 <input type="checkbox"/> 無	E__V__M__	%	℃	mg/dl		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	/ mmHg	E__V__M__	%	℃	mg/dl		到院後檢傷站	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	/ mmHg	E__V__M__	%	℃	mg/dl
生命徵象	時間	意識狀態	呼吸	脈搏	血壓	GCS												SpO ₂	體溫	血糖值																																		
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 股、肱 <input type="checkbox"/> 橈 <input type="checkbox"/> 無	E__V__M__												%	℃	mg/dl																																		
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	/ mmHg	E__V__M__	%	℃	mg/dl																																													
	到院後檢傷站	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	/ mmHg	E__V__M__	%	℃	mg/dl																																													
過去病史							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">救護人員簽名</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">醫護人員簽名</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">拒絕送醫簽名</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">送醫後傷病患/家屬/關係人簽名</td> </tr> <tr> <td>到院前檢傷分級：<input type="checkbox"/>一級 <input type="checkbox"/>二級 <input type="checkbox"/>三級 <input type="checkbox"/>四級 <input type="checkbox"/>五級(無者免填，選填下一項) <input type="checkbox"/>危急個案 <input type="checkbox"/>非危急個案</td> <td>檢傷分級：<input type="checkbox"/>一級 <input type="checkbox"/>二級 <input type="checkbox"/>三級 <input type="checkbox"/>四級 <input type="checkbox"/>五級</td> <td><input type="checkbox"/>拒絕醫療聲明：本人聲明：救護人員已解釋病情與送醫之需要，但我拒絕任何救護 <input type="checkbox"/>拒絕送醫 簽名：</td> <td>聯絡電話：</td> </tr> <tr> <td>一、 二、 三、</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										救護人員簽名	醫護人員簽名	拒絕送醫簽名	送醫後傷病患/家屬/關係人簽名	到院前檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 五級(無者免填，選填下一項) <input type="checkbox"/> 危急個案 <input type="checkbox"/> 非危急個案	檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 五級	<input type="checkbox"/> 拒絕醫療聲明：本人聲明：救護人員已解釋病情與送醫之需要，但我拒絕任何救護 <input type="checkbox"/> 拒絕送醫 簽名：	聯絡電話：	一、 二、 三、																													
救護人員簽名	醫護人員簽名	拒絕送醫簽名	送醫後傷病患/家屬/關係人簽名																																																			
到院前檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 五級(無者免填，選填下一項) <input type="checkbox"/> 危急個案 <input type="checkbox"/> 非危急個案	檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 五級	<input type="checkbox"/> 拒絕醫療聲明：本人聲明：救護人員已解釋病情與送醫之需要，但我拒絕任何救護 <input type="checkbox"/> 拒絕送醫 簽名：	聯絡電話：																																																			
一、 二、 三、																																																						
過去病史							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">心肺功能停止登錄</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">OHCA事故地點型態</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">疑似心肌梗塞登錄</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">符合疑似腦中風指標</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>派遣時即通知 目擊者：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 旁觀者CPR：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 使用PAD：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 到院前 ROSC：<input type="checkbox"/>有，時 分 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>住宅 <input type="checkbox"/>教育/學校 <input type="checkbox"/>工廠/工作地點 <input type="checkbox"/>捷運站/車站/機場 <input type="checkbox"/>運動中心 <input type="checkbox"/>診所/護理之家 <input type="checkbox"/>街道/公路 <input type="checkbox"/>其他 <input type="checkbox"/>公共建築 <input type="checkbox"/>不清楚 <input type="checkbox"/>療養院</td> <td><input type="checkbox"/>12小時內有胸痛或胸悶 或下列情形之任2項： <input type="checkbox"/>喘 <input type="checkbox"/>冒冷汗 <input type="checkbox"/>噁心(或嘔吐) <input type="checkbox"/>有心臟病史</td> <td>是否異常：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 最後正常時間： 時 分 <input type="checkbox"/>微笑測試異常 <input type="checkbox"/>左側/右側舉臂測試異常 <input type="checkbox"/>言語測試異常</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										心肺功能停止登錄	OHCA事故地點型態	疑似心肌梗塞登錄	符合疑似腦中風指標	<input type="checkbox"/> 派遣時即通知 目擊者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 旁觀者CPR： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用PAD： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 到院前 ROSC： <input type="checkbox"/> 有，時 分 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 教育/學校 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 捷運站/車站/機場 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 公共建築 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 療養院	<input type="checkbox"/> 12小時內有胸痛或胸悶 或下列情形之任2項： <input type="checkbox"/> 喘 <input type="checkbox"/> 冒冷汗 <input type="checkbox"/> 噁心(或嘔吐) <input type="checkbox"/> 有心臟病史	是否異常： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最後正常時間： 時 分 <input type="checkbox"/> 微笑測試異常 <input type="checkbox"/> 左側/右側舉臂測試異常 <input type="checkbox"/> 言語測試異常																														
心肺功能停止登錄	OHCA事故地點型態	疑似心肌梗塞登錄	符合疑似腦中風指標																																																			
<input type="checkbox"/> 派遣時即通知 目擊者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 旁觀者CPR： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用PAD： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 到院前 ROSC： <input type="checkbox"/> 有，時 分 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 教育/學校 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 捷運站/車站/機場 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 公共建築 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 療養院	<input type="checkbox"/> 12小時內有胸痛或胸悶 或下列情形之任2項： <input type="checkbox"/> 喘 <input type="checkbox"/> 冒冷汗 <input type="checkbox"/> 噁心(或嘔吐) <input type="checkbox"/> 有心臟病史	是否異常： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最後正常時間： 時 分 <input type="checkbox"/> 微笑測試異常 <input type="checkbox"/> 左側/右側舉臂測試異常 <input type="checkbox"/> 言語測試異常																																																			
過去病史							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">過去病史</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">過去病史</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">過去病史</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">過去病史</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										過去病史	過去病史	過去病史	過去病史																																		
過去病史	過去病史	過去病史	過去病史																																																			

本表送交保存之單位及份數，請各消防機關依緊急醫療救護法第34條規定及轄區現況，自行決定之。