

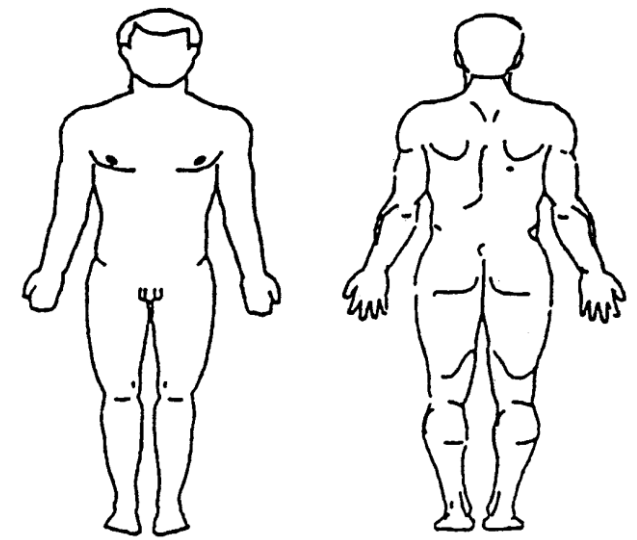
基 本 資 料	學生姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	班級座號：	
	家長電話：	通知家長人員：	通知家長時間：	
	送達健康中心時間：	時 分	護送人員： <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	健康中心接獲通知時間：	時 分	救護車通知時間：	時 分
	到達時間：	時 分	到達現場時間：	時 分
	離開時間：	時 分	離開現場時間：	時 分
	送醫地點：	送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 轎車 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 其他_____	送達醫院時間：	時 分

生命徵象

時間	意識狀態	呼吸/脈搏	血壓	體溫	瞳孔	GCS(葛式昏迷指數)	
	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	P: 次/分 <input type="checkbox"/> 無 R: 次/分 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頸(收縮壓60mmHg以上) <input type="checkbox"/> 股、肱(收縮壓70mmHg以上) <input type="checkbox"/> 橈(收縮壓80mmHg以上) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 濕冷 <input type="checkbox"/> 冰冷	<input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無	E (眼睛 4)	
	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	P: 次/分 <input type="checkbox"/> 無 R: 次/分 <input type="checkbox"/> 無	mmHg	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 濕冷 <input type="checkbox"/> 冰冷	<input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無	V (聲音 5)	
到院後	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	P: 次/分 <input type="checkbox"/> 無 R: 次/分 <input type="checkbox"/> 無	mmHg	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 濕冷 <input type="checkbox"/> 冰冷	<input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無	M (運動 6)	
						合計	

現場狀況

- 傷病地點：教室 操場(運動場) 活動中心 遊戲區 其他 _____
- 致傷原因：跌倒 撞擊 高處墜落 其他 _____
- 露身檢查：外傷 無 有 部位： _____
 出血 無 有 部位： _____
 疼痛 無 有 部位： _____

非創傷	創傷	請在圖上標示說明受傷部位
<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"/> 噁心/嘔吐/腹瀉 <input type="checkbox"/> 肢體無力 <input type="checkbox"/> 疑似毒藥物中毒 <input type="checkbox"/> 癲癇/抽搐 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 一般外傷 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 胸部外傷 <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 背部外傷 <input type="checkbox"/> 肢體外傷 <input type="checkbox"/> 墜落傷 約:___公尺 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 生物咬螫傷 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
目擊者： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 其他 _____		

傷病患主訴

1. 感覺哪裡不舒服?

2. 感覺怎麼的不舒服?

3. 大約不舒服有多久了?

4. 還有其他地方不舒服嗎?

主述者：本人 其他_____

處置項目(此欄可複選)

基本呼吸道/呼吸處置	創傷處置	心肺復甦術	其他處置
<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"/> 鼻管_____L/Min <input type="checkbox"/> 面罩_____L/Min <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 清洗傷口 <input type="checkbox"/> 止血、包紮 <input type="checkbox"/> 夾板固定 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 其他_____	<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	<input type="checkbox"/> 冰敷 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 糖水 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> SpaO2 _____ % <input type="checkbox"/> 其他_____

護理紀錄：

追蹤情形

追蹤日期：		診斷：			就診醫院：	
現況：						
學校意外事件處理小組研議結果						
簽名	參與急救人員	護理師	導師	訓導組長	學務(教導)主任	校長