

# 國立曾文農工緊急傷病患護送紀錄表(附件三)

日期： 年 月 日

基 本 資 料	班級： _____ 學生姓名： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	家長電話： _____ 通知家長人員： _____ 通知家長時間： _____ 時 _____ 分				
	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 _____				
本 資 料	健康中心	接獲通知時間： _____ 時 _____ 分	救 護 車	通知時間： _____ 時 _____ 分	
		到達現場時間： _____ 時 _____ 分		到達現場時間： _____ 時 _____ 分	
		離開現場時間： _____ 時 _____ 分		離開現場時間： _____ 時 _____ 分	
目擊者： <input type="checkbox"/> 學生 _____ <input type="checkbox"/> 老師 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____					
送醫地點： _____ 送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 轎車 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
情 況	第一次評估時間： _____ 時 _____ 分		第二次評估時間： _____ 時 _____ 分		
	意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應 呼吸： _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無 血壓： _____ mm Hg <input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉 體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷 皮膚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷 外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 上肢〈左、右〉 <input type="checkbox"/> 下肢〈左、右〉		意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應 呼吸： _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無 血壓： _____ mm Hg <input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉 體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷 皮膚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷 外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 上肢〈左、右〉 <input type="checkbox"/> 下肢〈左、右〉		
其他 _____					
事 故		主 述		急 救 處 理	
墜落 <input type="checkbox"/> 壓傷 <input type="checkbox"/> 撞傷 <input type="checkbox"/> 夾傷 <input type="checkbox"/> 刺傷 <input type="checkbox"/> 跌傷 <input type="checkbox"/> 刀傷 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 咬傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 化學藥品灼傷 <input type="checkbox"/> 刺割傷 <input type="checkbox"/> 非創傷原因 <input type="checkbox"/> 其他 _____		<input type="checkbox"/> 暈厥、頭暈、頭痛 <input type="checkbox"/> 肢體無力疼痛 <input type="checkbox"/> 噁心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 背痛 <input type="checkbox"/> 昏迷無知覺 <input type="checkbox"/> 胸痛胸悶 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 其他 _____		<input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 頸圈固定 <input type="checkbox"/> 夾板固定 <input type="checkbox"/> 維持呼吸道 <input type="checkbox"/> 止血包紮 <input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 冰敷 <input type="checkbox"/> CPR _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 糖水 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
		主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			

處理情況	護理紀錄：					
追蹤情形	追蹤日期：		診斷：		就診醫院：	
	現況：					
簽章	參與急救人員	護理師	導師	衛生組長	學務主任	校長