

臺中市立外埔國民中學緊急傷病處理準則

111.09.15 修訂

壹、依據：

- 一、學校衛生法第15條。
- 二、教育部主管各級學校緊急傷病處理準則。

貳、目的：

學校應提供學生及教職員工在學校內發生事故傷害與疾病之急救及照護，使傷害能降至最低及不延誤就醫時間。

參、緊急傷病處理原則：

一、事前準備

- (一)學校應訂定「緊急傷病處理準則」並公佈之，讓全校教職員工瞭解其職責所在，以便遵循。
- (二)建立完整的學生資料(含健康資料、家長聯繫資料、緊急送醫醫院指定等)及校內緊急傷病處理小組成員聯絡電話(含導師、各處室、鄰近醫療救護體系之電話或手機號碼)。
- (三)學校應協助教職員工及學生定期接受基本救命術訓練課程及緊急救護情境演習。
- (四)推廣及實施安全教育，學校相關處室及師長應隨時利用時間、或隨機教導學生安全注意事項，禁止學生在教室內、走廊、樓梯奔跑、追逐、推拉等危險動作，並嚴禁攜帶危險物品到校，透過時時叮嚀與提醒，降低學校事故傷害發生之機會，以確保校園安全。

二、當時處置

- (一)一般傷病處理原則(檢傷分類及傷病處理標準流程如附件一)
 - 1、在上課時間由任課教師，非上課時間由在場教職員工做初步處理(如：止血)後立即將受傷或患病學生送到健康中心，必要時請護理師到場急救。如遇護理師不在，老師應掌握急救時效依實際狀況需要予緊急處理或立即送醫。
 - 2、班級導師或任課教師每天應隨時關心學生健康狀況、並適時給予適當處置。若發現身體不適現象時，應適時休息、聯繫家長及健康中心，以便及早做最適當的處理。
 - 3、學校傷病處理時不得提供口服藥，小傷害不需送醫者，經處理後返回教室繼續上課；一般內科疾病需休息者經護理師認可後以一至二小時為原則，逾時未恢復者或是無法由簡易救護方式得到緩解或自行痊癒者，需請導師與家長或監護人聯絡接回就醫或照料，避免發生急救照

護責任糾紛。

- 4、學生因病或受傷，家長無法到校接回而需校方協助送醫時，由導師或護理師護送就醫，教務處調派代課教師，總務處調派交通工具，送醫地點以學校附近為優先選擇。
- 5、學生因受傷需到醫院就診時，任課教師及導師宜向家長說明事故經過，以免造成家長誤會。學生留置健康中心休息時，導師宜抽空探視關切學生，並提供協助。
- 6、學生受傷或生病時，教師具「事故後的照顧及通知義務，應於知悉發生事故後，照顧保護學生並即刻通知學生家長及監護人」。故學生在校不適或受傷，導師務必告知家長，盡到照顧及告知的義務。

(二)緊急傷病處理原則(有立即性或繼續性傷害或危及生命之虞者)

- 1、緊急傷病或傷病人數超過健康中心人力負荷時，應啟動緊急傷病處理準則，知會相關處室及人員共同處理，進行緊急處理及行政支援提供。
- 2、明顯不適，如：臉色蒼白、虛弱、明顯腹痛等由教師陪同護送至健康中心，情況危急或嚴重時，如：大出血、骨折、脫臼、無法自行走路請通知健康中心前往處理並說明學生狀況（地點、情況、所需協助等）。
- 3、學生發生傷病時，在上課時間由任課教師，非上課時間由在場發現的教職員工做初步的急救與處理並通知健康中心、導師及學務處。
- 4、傷病情況為學校設備或人力無法處理時且送醫途中有生命危險或傷勢惡化之顧慮時，需立即聯絡家長到校，由導師及護理師陪同家長送醫。
- 5、若家長無法及時到校時，就醫地點依學生狀況送往適當或就近的醫院，以本區光田綜合醫院(大甲院區)或大甲李綜合醫院為優先，次以家長指定醫院、診所為考量。
- 6、緊急傷病需協助送醫或轉介治療時，需指派學校人員陪同，交通工具依情況不同，可使用計程車、轎車、救護車。如使用轎車護送時，需考慮送醫之行車安全，且陪同人員不得同時擔任司機。就醫所需之交通與醫療費用由就診學生自付，若學生未帶錢，則由護送之教職員工或學務處先行代付。緊急或情況不穩定時，需使用救護車，以保障送醫時效及安全，送醫之應視傷病情況所需醫療資源後送至適當之醫療院所。如大量傷患則需考慮分送不同醫院，以免醫院人力不足而影響救治時效。

7、相關單位及人員進行災因調查、檢討，必要時立即處理改善。

8、緊急傷病發生時各處室人員及師長需提供支援及協助，期使處置過程圓滿。

三、事後處理

(一)主動慰問、關懷，誠心處理，降低親師糾紛或引發校園危機之機會。

(二)協助個案身心復健、保險申請及學習輔導等事宜。

(三)緊急傷病處理情形加以登錄於學生緊急傷病救護紀錄表(附件二)、統計分析，並定期檢討，登錄內容應包含傷病種類、發生時間、地點、緊急救護處理過程等。

(四)緊急傷病之災因調查與分析報告，以便瞭解校園安全及傷病的狀況，作為校園安全教育計畫依據。

肆、與當地緊急醫療救護體系之連結合作事項：

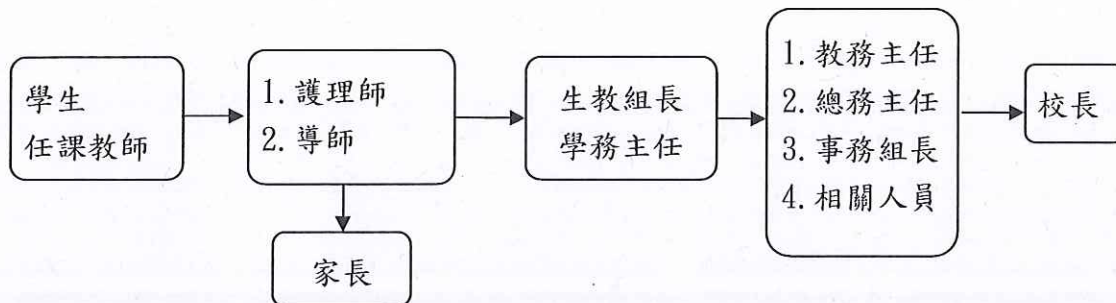
單位名稱 (校內)	分機	單位名稱 (校外)	電話
校長	101	救護車/火警	119
學務主任	216	大甲光田綜合醫院	04-26885599 救護車 0800-521995
總務主任	316	大甲李綜合醫院	04-26862288 救護車 0800-559595
教務主任	116	臺中榮民總醫院	04-23592525
輔導主任	416	臺中市政府衛生局	04-25265394
事務組長	312	臺中市政府教育局	04-22289111
生教組長	213	外埔區衛生所	04-26833208
衛生組長	212	外埔區消防隊	04-26833361
護理師	221		

伍、教職員工之分工及職責事項：

組別	負責人	職責
指揮官	校長	1、統籌指揮，適當整合、調度緊急傷病處理相關之各項資源、人力、物力。 2、統籌對外訊息之公佈與指定新聞官對外說明。
副指揮官 新聞官	學務主任	1、負責現場維護、指揮、控制。 2、負責協調、調度各相關處室及人員協助處理傷病患。 3、掌握送醫時效、送醫地點、送醫車輛及護送人員安排、調度。 4、負責通報總指揮官。 5、負責事後慰問，必要時得與學生家長或監護人召開協調會。 6、與緊急醫療機構連結合作事宜。 7、協助緊急傷病之災因調查與分析。 8、支援健康中心相關業務。
編撰組	教務主任	1、協助指揮官處理現場緊急應變行動。 2、草擬新聞稿。 3、協助相關教師調代課事宜。
通聯組	總務主任	1、連絡119或派車，請警衛協助引導校外救護單位入校。 2、每年編列健康中心傷病處理基本設備維護預算。 3、設施器材之維護、改善。 4、其他相關支援協助廣播啟動緊急傷病機制。
疏散組 搶救組	生教組及 事務組	1、協助現場維護、秩序管理、緊急之搶救。 2、必要時引導師生疏散方向、現場隔離及安全警告標示設置。 3、協助傷病處理物品的採購、補充。 4、提供支援。
處理組	學務處及 各導師	1、聯繫家長，向家長說明。 2、協助對外求援。 3、陪伴學生，提供心理支持。 4、協助災因調查。 5、護送就醫。 6、協助學生身心復健及學習輔導。
醫療組 宣導組	健康中心 具急救技能 之教職員工	1、緊急救護及檢傷分類。 2、掌握送醫時效、送醫地點、協助送醫車輛及護送人員安排。 3、護送就醫。 4、協助學生之生活照護，並協助學生平安保險申請服務。 5、協助學生身心復健。 6、辦理校內教職員工生急救訓練。
資訊組	資訊承 辦人	1、協助網頁及資訊宣導等事宜。 2、收集相關紙本或電子最新訊息。
後勤組	會計室	辦理緊急傷病所需器材、藥品、用品經費核銷事宜。
後勤組	人事室	辦理參與傳緊急傷病工作之教職員工請假、撫卹、獎懲等事宜。
其他處室		提供相關支援。

陸、學校緊急通報流程、救護經費、護送交通工具、護送人員順序及職務代理等行政協調事項：

一、緊急通報處理流程



二、救護經費補助：

教職員工護送學生就醫時由校方核給公差假並補助相關費用，就醫所需之醫療費用由就診學生自付，若學生未帶錢，則由護送之教職員工或學務處先行代付。

三、護送交通工具：

基於安全上之考量，護送就醫之交通工具以救護車、計程車或校車或為主。

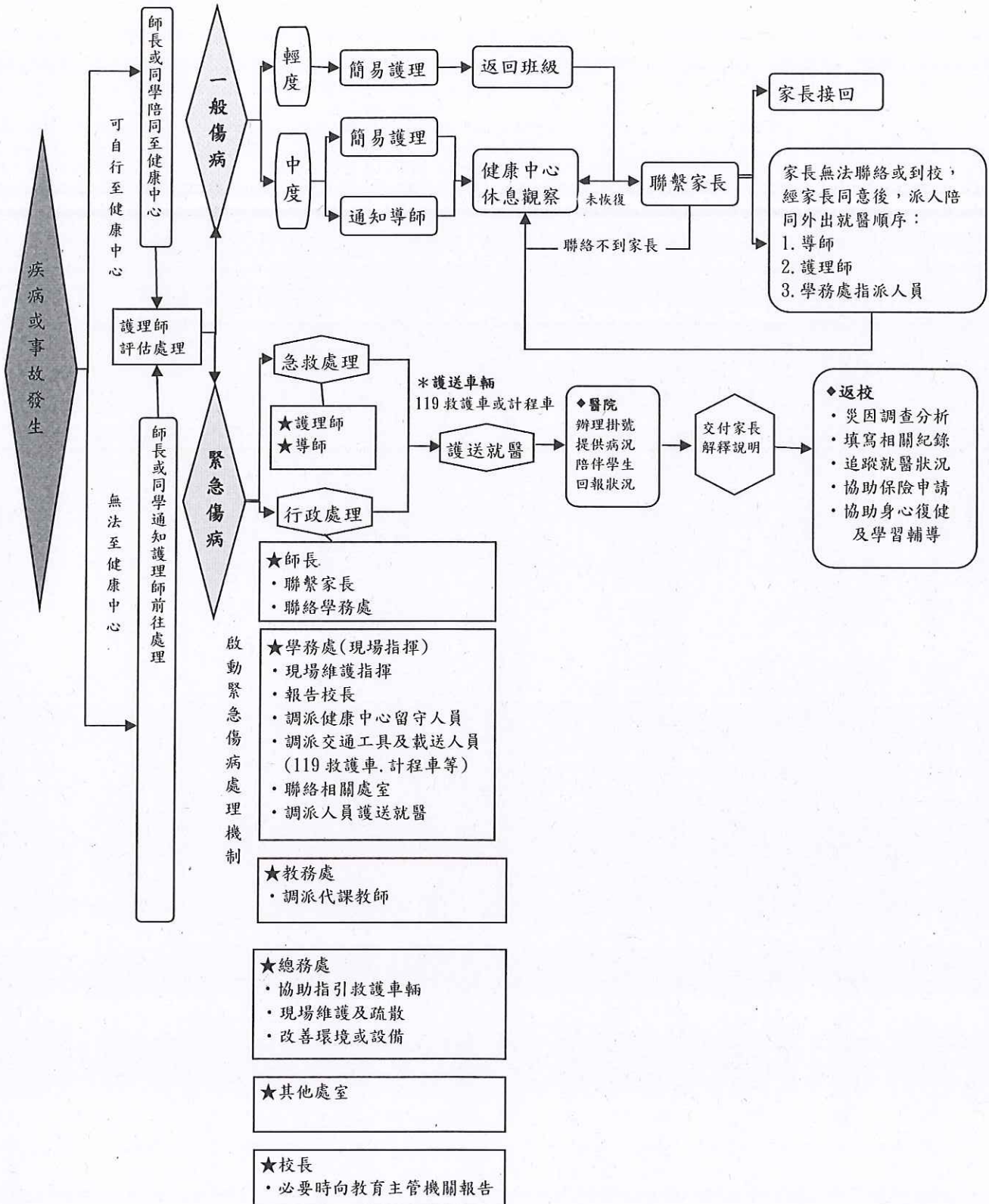
四、護送人員順序：

至少需二人，一般傷病護送人員由導師或學務處指派人員護送就醫；病情不穩定或需隨車使用急救用品，則由護理師及導師護送就醫，如導師不克前往，則學務處另行指派人員陪同。

五、職務代理事宜：代課教師處理由教務處協助調派；健康中心傷病處理由學務處指派人員留守。

柒、緊急傷病事件發生時，檢傷分類與施救步驟、護送就醫地點、呼叫119報警專線支援之注意事項及家長未到達前之處理措施等救護處理程序事項：

一、檢傷分類與施救步驟



二、護送就醫地點：就醫地點依學生狀況送往適當或就近的醫院，以本區光田綜合醫院(大甲院區)或大甲李綜合醫院為優先，次以家長指定醫院、診所為考量。

三、呼叫119專線注意事項：需說明「事故地點」、「電話號碼」、「事故情況」、「病患情況」、「待援人數」。

四、身心復健之協助事項。

輔導老師、導師、護理師安撫學生或心理輔導，必要時轉介醫療相關單位。

捌、本辦法經主管會議通過後陳校長核可後實施，修正時亦同。

護理師：

護理師鄭純禎

衛生組長：

教師兼衛生組長林麗貞

學務主任：

教師兼代學務主任莊雄勝

校長：

臺中市立外埔國民學校校長林誠迪

附件一

檢傷分類及傷病處理標準流程

外科	一級	一、燙傷	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依照沖(持續15分鐘以上)、脫、泡、蓋、送。 2. 不可塗油膏或用土方法(如草藥, 漿糊、牙膏, 香皂或醬油等), 妨礙皮膚散熱及增加感染機會。 3. 有水泡不可刺破, 以免感染。 4. 嚴重者依燙傷情形應通知家長予以紗布包紮並立即送醫。
		二、高處跌落	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請打健康中心分機聯絡。 2. 不可自行移動傷者, 以防脊髓二度損傷。 3. 預防脊椎骨折, 搬運時固定頸部, 且保持身體一直線。 4. 立即通知119送醫處理。
		三、蛇咬	<ol style="list-style-type: none"> 1. 記住蛇的外觀特徵(如蛇身花色, 蛇頭形狀等), 以提供辨識蛇種(如出血性或神經性等)。 2. 以布條在傷口及心臟間之血管包紮。(三十分鐘放鬆一分鐘)。 3. 請儘速除去手上束縛物。例如戒指、手鐲等。 4. 宜保持鎮靜, 請勿隨意移動, 不要讓心跳加快、血液循環變快。 5. 應通知家長並立即送醫。
	二級	四、創傷	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移開周圍危險物品, 使環境安全。 2. 出血時用衛生紙或紗布在傷口上加壓止血, 等止血後再做傷口清潔消毒。 3. 如有穿刺異物先勿拔出, 以免出血加劇。 4. 傷口骯髒時一先以生理食鹽水沖洗並擦乾, 再使用優點消毒, 優點需於傷口上停留2分鐘或至乾燥能發揮消毒之效。 5. 冰敷緩解腫脹及出血。 6. 如傷口大於一公分深度大於零點三公分, 無法止血, 通知家長立即送醫。
		五、扭傷	可自行作肢體運動但會限制其活動度, 可先冰敷十五分鐘休息停止活動。
		六、骨折	<p>通常會主訴無法做肢體活動且運動難受, 肢體活動度變大或變小, 且會發現活動方向不對, 或與原來排列不一樣。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 不要自行移動患肢以免加重病情。 2. 有出血先加壓止血, 予以患肢固定, 通知家長並立即送醫。
		七、異物入眼	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不可揉眼, 先閉眼讓淚水與異物流出。 2. 化學物入眼需馬上沖水20-30分鐘。 4. 異物在上下眼瞼內, 用乾淨手帕或棉棒沾冷開水將異物去除。 5. 異物刺入勿拔除, 用敷料或紙杯固定, 應通知家長並立即送醫。
		八、蜜蜂螫傷	<ol style="list-style-type: none"> 1. 用尖頭鑷子或針將蜂針挑出, 勿用手指擠壓患處。 2. 用肥皂水洗患部。 3. 冰敷患部, 以減少疼痛, 降低毒液吸收速度。 4. 螫咬產生明顯的過敏反應(如呼吸困難、噁心、嘔吐、暈眩、神智

		不清)，則在齧咬處上兩寸處綁上手中，以防止靜脈回流，通知家長立即送醫。	
	九、狂犬病	<ol style="list-style-type: none"> 1. 記：保持冷靜牢記動物特徵。 2. 沖：肥皂及大量清水沖洗15分鐘，再以優碘消毒。 3. 送：協助送醫。 4. 觀：觀察人及動物至少10天。 	
三級	十、流鼻血	<ol style="list-style-type: none"> 1. 稍微頭向前傾，張開嘴巴，避免鼻血流入喉嚨。 2. 用手捏住鼻樑上方加壓止血（加壓時請學生張口呼吸）及在鼻子四周冰敷。 	
	十一、血腫	切勿搓揉（二十四小時內）多次冰敷，每次不超過十五分鐘。	
內科	一級	一、氣喘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請打健康中心分機聯絡。 2. 採端坐呼吸，身體向前傾姿勢。 3. 隨身攜帶之噴霧劑二次定量噴出，五分鐘後未改善再投與第三次劑量。 4. 利用氧氣吸入改善之，若無法改善則，應通知家長並立即送醫。
		二、癲癇	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請打健康中心分機聯絡。 2. 就地平躺，解開束縛衣物，側臥頭轉向一側讓口腔分泌物流出以維持呼吸通暢，移開危險物品，守在旁邊保護安全，等待發作過程自行結束。 3. 發作中不要約束病童及強制移動或扳開嘴巴等動作。 4. 測量體溫、心跳、呼吸、嘴唇顏色。 5. 觀察癲癇型態及持續時間，恢復後意識及肌肉力量是否回復。 6. 發作時間超過十分鐘，或發作好幾次，應通知家長立即送醫。 7. 原有病史者觀察，第一次發作者，應通知家長並立即送醫。
	三、低血糖	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請打健康中心分機聯絡。 2. 症狀：主訴有饑餓感、虛弱、頭暈、全身無力、發抖、冒冷汗、流涎、皮膚蒼白濕冷情形。 3. 當意識清楚立刻給予喝果汁或半杯水加兩茶匙糖或兩塊方糖，20分後未改善立即送醫。若症狀改善後再酌量吃些牛奶、土司或餅乾。 4. 如果意識不清，應通知家長並立即送醫。 	
	四、急性腹痛	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不可給任何食物飲料藥物。 2. 嘔吐處理與嘔吐物觀察，注意嘔吐時臉轉向一側。 3. 保暖，切記勿自行冷、熱敷。 4. 觀察腹痛位置，如：右下腹(疑似盲腸炎)，如劍突下(疑似胃痛)。 5. 懷疑不明腹痛，應通知家長並立即送醫。 	
	五、熱痙攣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 症狀：四肢或腹部抽筋（痛性痙攣），因肌肉過度用力，在高溫下活動大量流汗、體內喪失過多氯化鈉。 2. 處理：喝些含電解質的運動飲料或果汁、做些柔軟的伸展操和溫和地按摩受到影響的肌肉大都持續1-3分鐘，如果痙攣的現象在一個小時後沒有緩解，便需要找醫生協助。 	

		<p>六、熱中暑</p> <p>1. 症狀：不排汗、體溫升高41度以上、皮膚乾而紅、抽搐昏迷。 2. 處理：置陰涼處休息、墊高頭肩、將冰袋或冰毛巾置於頸部，腋窩，腹部，及鼠膝部。將病人置放於開放性且空氣流通之運輸工具上，盡速送醫。運送時並持續降溫治療。</p>
		<p>七、心肺復甦術 (C.P.R)</p> <p>務必要把握「急救的4分鐘黃金時間」 *簡易口訣：(急救新模式) 叫(呼叫傷患)→叫(呼叫求救)→C(心外按摩)→A(暢通呼吸道)→B(人工呼吸)→D(使用AED)</p>
		<p>八、異物哽塞</p> <p>1. 意識清醒與哈姆立克法。 2. 意識不清與CPR。</p>
		<p>九、食物中毒</p> <p>1. 症狀：腹痛、腹瀉、噁心、嘔心、冷汗、口渴等。 2. 預防：用餐時，若感覺味道不對(有腐敗味)，立即停用，保留檢體。 3. 處理： (1) 使食物自然嘔吐或下痢，亦可用刺激使之嘔吐，檢體需保留。 (2) 多給溫開水或淡鹽水，可稀釋毒素，又可補充水份及電解質之流失。 (3) 保持溫暖。 (4) 嚴重者通知家長並立即分散送醫。 (5) 通報主管機關衛生局、教育處、中部辦公室、校安中心。</p>
內科	二級	<p>十、發燒</p> <p>懷疑有發燒時先測量體溫超過三十七度五以上微溫觀察即可，超過三十八度以上則通知家長送醫處理。 1. 測量體溫、心跳、呼吸。 2. 詢問異常不適如呼吸道症狀、腸胃症狀、泌尿道症狀？ 3. 詢問不適何時開始？是否加劇？ 4. 陪伴照顧休息。 5. 鼓勵多喝溫開水。 6. 寒顫給予保暖，沒有寒顫給予冰枕。</p>
		<p>十一、嘔吐</p> <p>1. 觀察嘔吐物顏色，如果為棕黑色要懷疑有內出血，並觀察注意是否合併其他症狀。 2. 需先詢問飲食，如：巧克力、豬血、菠菜等。</p>
		<p>十二、暈倒</p> <p>1. 感覺欲暈倒時，立即坐下來或平躺腳抬高，移至空氣新鮮陰涼處休息，鬆開束縛並做深呼吸。 2. 意識不清者，不可給與任何食物，如有嘔吐使其側臥以防哽塞。 3. 評估意識及生命徵象，對狀況有所懷疑(未恢復知覺)則，應通知家長並立即送醫。</p>
		<p>十三、熱衰竭</p> <p>1. 症狀：大量出汗、體溫正常、臉色蒼白、脈搏快而弱。 2. 處理：陰涼處休息、平躺腳抬高20-30公分、保暖、提供鹽水。</p>

臺中市立外埔國民中學 學生緊急傷病救護紀錄表

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 _____												
	健康中心	接獲通知時間： _____ 時 分 通知時間： _____ 時 分											
		到達現場時間： _____ 時 分 救護車 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												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 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：<input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/>無 脈搏：<input type="checkbox"/> _____ 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：<input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/>收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/>收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/>收縮壓60mmHg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 _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 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：<input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/>無 脈搏：<input type="checkbox"/> _____ 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：<input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/>收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/>收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/>收縮壓60mmHg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 _____ </td> </tr> </table>	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： <input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： <input type="checkbox"/> _____ 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： <input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/> 收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓60mmHg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 _____	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： <input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： <input type="checkbox"/> _____ 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： <input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/> 收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓60mmHg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 _____										
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： <input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： <input type="checkbox"/> _____ 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： <input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/> 收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓60mmHg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 _____	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： <input type="checkbox"/> _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無 脈搏： <input type="checkbox"/> _____ 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： <input type="checkbox"/> _____ mmHg <input type="checkbox"/> 收縮壓80mmHg以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓70mmHg以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓60mmHg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 _____												
評 估	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/>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"/>割傷 <input type="checkbox"/>非創傷原因 <input type="checkbox"/>其他 _____ </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <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 _____ 主述人：<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>其他 _____ </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <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 _____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 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"/> 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 _____ 主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <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 _____									
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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 _____ 主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <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 _____										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> 事故 <input type="checkbox"/>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"/>割傷 <input type="checkbox"/>非創傷原因 <input type="checkbox"/>其他 _____ </td> <td style="width: 33%; border: none;"> 主述 <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 _____ 主述人：<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>其他 _____ </td> <td style="width: 33%; border: none;"> 急救處理 <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 _____ </td> </tr> </table>	事故 <input type="checkbox"/> 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"/> 割傷 <input type="checkbox"/> 非創傷原因 <input type="checkbox"/> 其他 _____	主述 <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 _____ 主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	急救處理 <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 _____										
事故 <input type="checkbox"/> 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"/> 割傷 <input type="checkbox"/> 非創傷原因 <input type="checkbox"/> 其他 _____	主述 <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 _____ 主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	急救處理 <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 _____											
追 蹤 情 形	追蹤日期： _____ 診斷： _____ 就診醫院： _____												
	現況： _____												
簽 名	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%; border: none;">參與急救人員</td> <td style="width: 16.6%; border: none;">護理師</td> <td style="width: 16.6%; border: none;">導師</td> <td style="width: 16.6%; border: none;">體衛組長</td> <td style="width: 16.6%; border: none;">學務主任</td> <td style="width: 16.6%; border: none;">校長</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>	參與急救人員	護理師	導師	體衛組長	學務主任	校長						
	參與急救人員	護理師	導師	體衛組長	學務主任	校長							