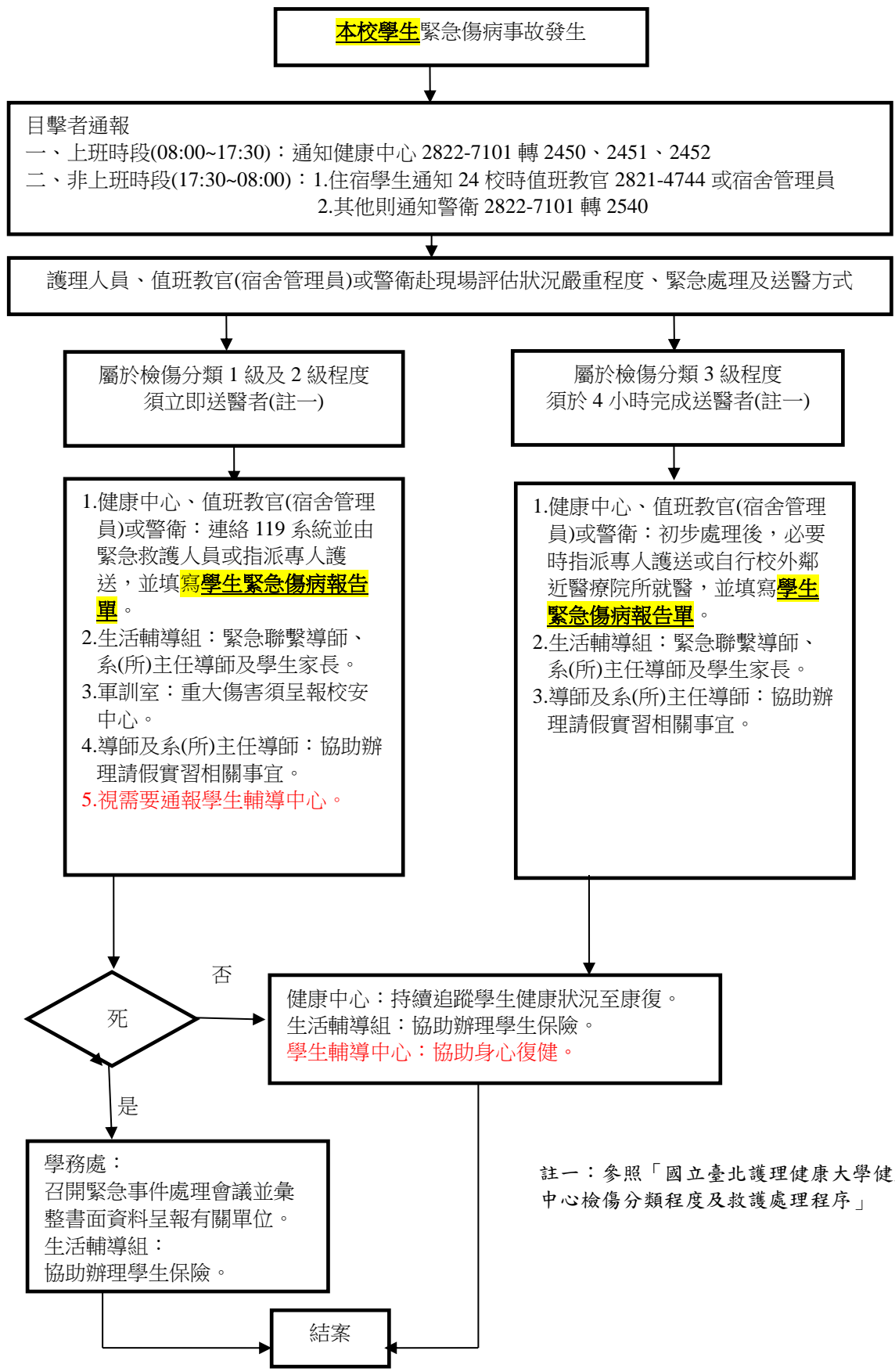


國立臺北護理健康大學健康中心緊急傷病標準處理流程(學生版)

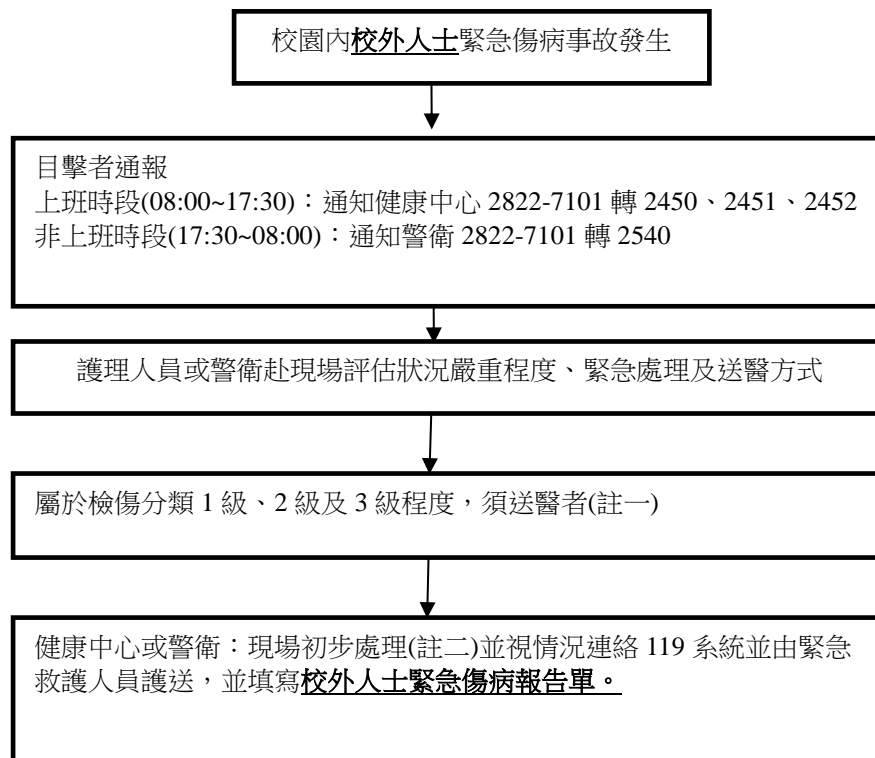
依據「教育部各級學校緊急傷病處理準則」訂定



註一：參照「國立臺北護理健康大學健康中心檢傷分類程度及救護處理程序」

國立臺北護理健康大學健康中心緊急傷病標準處理流程

校外人士



註一：參照「國立臺北護理健康大學健康中心檢傷分類程度及救護處理程序」

註二：為避免傳染病之疑慮，到場人員作好自身防護，除緊急傷病現場不適合處置外，仍以緊急傷病現場馬上處理為原則，檢傷分類有 1 級、2 級或 3 級程度者時，於現場等候救護車到達送醫。



國立臺北護理健康大學健康中心檢傷分類程度及救護處理程序

嚴重度	極重度—1 級	重度—2 級	中度—3 級	輕度—4 級
迫切性	危及生命 需立即處理	緊急 需於 30-60 分鐘內處理完畢	次緊急 需於 4 小時內完成醫療處置	非緊急 簡易傷病處理與照護即可
臨床表徵	死亡或瀕臨死亡。心搏停止、休克、昏迷、意識不清、急性心肌梗塞、溺水、高血糖、頸脊椎損傷、疑似心臟病引起之胸痛、呼吸窘迫、呼吸道梗塞、連續性氣喘狀態、無法控制的大出血、心搏過速或心室顫動、癲癇重積狀態、重度燒燙傷呼吸道灼燙傷、壓力性氣胸、對疼痛無反應、嚴重創傷如車禍、開放性胸、腹部創傷、高處墜落、長骨骨折、骨盆腔骨折、關節骨折且遠端無脈搏、肢體受傷合併神經血管受損、大的開放性傷口、槍傷、刀刺傷等。	重傷害或傷殘。 骨折、撕裂傷、氣喘、呼吸困難、中毒、腸阻塞、腸胃道出血、闌尾炎、動物咬傷、眼灼傷或穿刺傷、強暴。	需送校外就醫。 脫臼、扭傷、切割傷需縫合、輕度損傷、單純性骨折無神經血管受損者。	擦藥、包紮、休息即可繼續上課者。 如擦傷、撞傷、腫脹、切割傷、跌傷、抓傷、灼燙傷、穿刺傷、咬傷、打傷、凍傷、瘀血、流鼻血等。
學校採行之處理流程	1. 到院前緊急救護施救。 2. 119 救援。 3. 啟動學校緊急傷病處理流程。 4. 通知家長或家屬。 5. 通報校安中心。	1. 供給氧氣、肢體固定或傷病急症處理。 2. 119 求援。 3. 啟動學校緊急傷病處理流程。 4. 通知家長或家屬。 5. 通報校安中心。	1. 傷病急症處理。 2. 啟動學校緊急傷病處理流程。 3. 通知家長或家屬。 4. 送至鄰近醫療院所醫治。 5. 由家長或家屬送醫。若家長或家屬無法到校時由學校指派專人護送就醫。 5. 通報校安中心。	1. 簡易傷病急症照護。 2. 擦藥、包紮、固定或稍事休息後返回教室繼續上課。 3. 傷病情況特殊時以電話告知家長或家屬。 4. 不需啟動學校緊急傷病處理流程亦不需通報，僅需知會導師即可。
指派專人護送順序	一、上班時間：健康中心醫護人員和校安人員或單位/系所代表隨車同行。 二、非上班時間：校安中心值勤人員。	一、上班時間：必要時請系所代表、同學或單位同仁陪同。 二、非上班時間：必要時校安中心值勤人員、系所代表、親友陪同或自行前往。	一、上班時間：必要時請系所代表、同學或單位同仁陪同。 二、非上班時間：必要時校安中心值勤人員、系所代表、親友陪同或自行前往。	一、上班時間：必要時請系所代表、同學或單位同仁陪同。 二、非上班時間：必要時校安中心值勤人員、系所代表、親友陪同或自行前往。
救護經費	一、學校應編列年度預算，支應急救研習、急救衛材、設備及護送就醫等緊急救護經費。二、緊急傷病事故之醫療費由當事者負擔，陪同就醫護送之車資往返費用，得由護送人員先行墊付，事後由護送人員憑單據提出申請，由學校經費支應。	一、學校應編列年度預算，支應急救研習、急救衛材、設備及護送就醫等緊急救護經費。二、緊急傷病事故之醫療費由當事者負擔，陪同就醫護送之車資往返費用，得由護送人員先行墊付，事後由護送人員憑單據提出申請，由學校經費支應。	一、學校應編列年度預算，支應急救研習、急救衛材、設備及護送就醫等緊急救護經費。二、緊急傷病事故之醫療費由當事者負擔，陪同就醫護送之車資往返費用，得由護送人員先行墊付，事後由護送人員憑單據提出申請，由學校經費支應。	一、學校應編列年度預算，支應急救研習、急救衛材、設備及護送就醫等緊急救護經費。二、緊急傷病事故之醫療費由當事者負擔，陪同就醫護送之車資往返費用，得由護送人員先行墊付，事後由護送人員憑單據提出申請，由學校經費支應。

國立臺北護理健康大學健康中心 **學生** 緊急傷病報告單

系所班級：	學號：	
姓名：	性別：	年齡：
緊急聯絡人：	關係：	聯絡電話：
發生時間： 年 月 日 點 分	發生地點：	
健康狀況評估	<p>一、檢傷分類 1、2 級程度：</p> <p>1. 循環系統 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 意識不清 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 無法控制的大出血 <input type="checkbox"/> 疑似中毒 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>2. 心血管系統 <input type="checkbox"/> 心搏停止 <input type="checkbox"/> 疑似急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 疑似心臟病引起之胸痛 <input type="checkbox"/> 心搏過速或心室顫動 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 骨骼肌肉系統 <input type="checkbox"/> 疑似長骨骨折 <input type="checkbox"/> 疑似骨盆骨折 <input type="checkbox"/> 疑似關節骨折且遠端無脈搏 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 呼吸窘迫 <input type="checkbox"/> 疑似呼吸道梗塞 <input type="checkbox"/> 連續性氣喘狀態 <input type="checkbox"/> 疑似壓力性氣胸 <input type="checkbox"/> 疑似開放性氣胸 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>5. 消化系統 <input type="checkbox"/> 腸阻塞 <input type="checkbox"/> 疑似腸胃道出血 <input type="checkbox"/> 疑似闌尾炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>6. 泌尿生殖系統 <input type="checkbox"/> 強暴 <input type="checkbox"/> 疑似子宮外孕 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>7. 五官/皮膚系統 <input type="checkbox"/> 重度燒燙傷 <input type="checkbox"/> 呼吸道灼燙傷 <input type="checkbox"/> 嚴重創傷如車禍 <input type="checkbox"/> 大的開放性傷口 <input type="checkbox"/> 槍傷 <input type="checkbox"/> 刀刺傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 撕裂傷 <input type="checkbox"/> 腹部創傷 <input type="checkbox"/> 眼灼傷或穿刺傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>8. 神經系統 <input type="checkbox"/> 疑似頸脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 癲癇重積狀態 <input type="checkbox"/> 對疼痛無反應 <input type="checkbox"/> 疑似肢體受傷合併神經血管受損 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>9. 內分泌系統 <input type="checkbox"/> 酮酸血糖 <input type="checkbox"/> 低血糖休克 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>10. 其他：<input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 動物咬傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>二、檢傷分類 3 級程度：</p> <p>1. 循環系統</p> <p><input type="checkbox"/> 發燒()度()溫 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 虛弱無力</p> <p><input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>2. 心血管系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 骨骼肌肉系統 <input type="checkbox"/> 單純性骨折無神經血管受損者</p> <p><input type="checkbox"/> 脫臼 <input type="checkbox"/> 扭傷 <input type="checkbox"/> 抽筋 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 有痰 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 扁桃腺紅腫 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>5. 消化系統 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 水瀉 <input type="checkbox"/> 軟便()次 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>6. 泌尿生殖系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>7. 五官/皮膚系統 <input type="checkbox"/> 切割傷需縫合 <input type="checkbox"/> 疑似結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>8. 神經系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>9. 內分泌系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>10. 其他：<input type="checkbox"/> 其他：_____</p>	

國立臺北護理健康大學健康中心校外人士緊急傷病報告單

姓名：	簽名：	年齡：
聯絡電話：	性別：	
緊急聯絡人：	關係：	聯絡電話：
發生時間：	年 月 日 點 分	發生地點：
健康狀況評估	<p>一、檢傷分類 1、2 級程度：</p> <p>1. 循環系統 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 意識不清 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 無法控制的大出血 <input type="checkbox"/> 疑似中毒 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>2. 心血管系統 <input type="checkbox"/> 心搏停止 <input type="checkbox"/> 疑似急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 疑似心臟病引起之胸痛 <input type="checkbox"/> 心搏過速或心室顫動 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 骨骼肌肉系統 <input type="checkbox"/> 疑似長骨骨折 <input type="checkbox"/> 疑似骨盆腔骨折 <input type="checkbox"/> 疑似關節骨折且遠端無脈搏 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 呼吸窘迫 <input type="checkbox"/> 疑似呼吸道梗塞 <input type="checkbox"/> 連續性氣喘狀態 <input type="checkbox"/> 疑似壓力性氣胸 <input type="checkbox"/> 疑似開放性氣胸 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>5. 消化系統 <input type="checkbox"/> 腸阻塞 <input type="checkbox"/> 疑似腸胃道出血 <input type="checkbox"/> 疑似闌尾炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>6. 泌尿生殖系統 <input type="checkbox"/> 強暴 <input type="checkbox"/> 疑似子宮外孕 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>7. 五官/皮膚系統 <input type="checkbox"/> 重度燒燙傷 <input type="checkbox"/> 呼吸道灼燙傷 <input type="checkbox"/> 嚴重創傷如車禍 <input type="checkbox"/> 大的開放性傷口 <input type="checkbox"/> 槍傷 <input type="checkbox"/> 刀刺傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 撕裂傷 <input type="checkbox"/> 腹部創傷 <input type="checkbox"/> 眼灼傷或穿刺傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>8. 神經系統 <input type="checkbox"/> 疑似頸脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 癲癇重積狀態 <input type="checkbox"/> 對疼痛無反應 <input type="checkbox"/> 疑似肢體受傷合併神經血管受損 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>9. 內分泌系統 <input type="checkbox"/> 酮酸血糖 <input type="checkbox"/> 低血糖休克 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>10. 其他：<input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 動物咬傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>二、檢傷分類 3 級程度：</p> <p>1. 循環系統 <input type="checkbox"/> 發燒()度()溫 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 虛弱無力 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>2. 心血管系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>3. 骨骼肌肉系統 <input type="checkbox"/> 單純性骨折無神經血管受損者 <input type="checkbox"/> 脫臼 <input type="checkbox"/> 扭傷 <input type="checkbox"/> 抽筋 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>4. 呼吸系統 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 有痰 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 扁桃腺紅腫 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>5. 消化系統 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 水瀉 <input type="checkbox"/> 軟便()次 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>6. 泌尿生殖系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>7. 五官/皮膚系統 <input type="checkbox"/> 切割傷需縫合 <input type="checkbox"/> 疑似結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>8. 神經系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>9. 內分泌系統 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>10. 其他：<input type="checkbox"/> 其他：_____</p>	

處理及建議	<input type="checkbox"/> 已做醫療處置，可自行返家 <input type="checkbox"/> 已做醫療處置，聯絡家屬()帶回返家 <input type="checkbox"/> 經處置後，立即送醫：_____醫院，__點__分通知家屬 <input type="checkbox"/> 救護車送醫：車號：_____ 聯絡時間：__點__分 到達時間：__點__分 離開時間：__點__分 <input type="checkbox"/> 其它：	
護理記錄	時間	護理紀錄

填表日期： 年 月 日 護理師/值班人員簽名：
 單位主管簽名：