

學生重大傷病救護處理紀錄表

傷病發生日期：111 年 3 月 1 日

基本資料	10 年 甲 班 座號：14 姓名：陳可熹 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	家長姓名：郭宜鈴 通知家長人員：班導師 通知時間： 時 分	
	送達健康中心時間：7 時 49 分 護送人員： <input type="checkbox"/> 老師 <input checked="" type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其它：	
健康中心	接獲通知時間：7 時 48 分	救護車 接獲通知時間： 時 分
	到達現場時間：7 時 49 分	到達現場時間： 時 分
	離開現場時間：7 時 49 分	離開現場時間： 時 分
送醫地點：天晟 送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 其它：家長接回就醫		
情況評估	意識： <input checked="" type="checkbox"/> 清楚 <input checked="" type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input checked="" type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應	
	呼吸： <input checked="" type="checkbox"/> 有呼吸 每分鐘 22 次 <input type="checkbox"/> 無呼吸	
	脈搏： <input checked="" type="checkbox"/> 有脈搏 每分鐘 81 次 <input type="checkbox"/> 無脈搏	
	瞳孔： <input checked="" type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 瞳孔反應 <input checked="" type="checkbox"/> 有反應 <input type="checkbox"/> 無反應	
	血壓： <input type="checkbox"/> _____ / _____ mmHg	
	<input type="checkbox"/> 摸得到橈動脈 (收縮壓 80mmHg 以上)	
	<input type="checkbox"/> 摸得到股動脈 (收縮壓 70mmHg 以上)	
	<input type="checkbox"/> 摸得到頸動脈 (收縮壓 60mmHg 以上)	
體溫： <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷		
溫度：36.2 度 測量部位 <input type="checkbox"/> 耳溫 <input checked="" type="checkbox"/> 額溫 <input type="checkbox"/> 口溫 <input type="checkbox"/> 腋溫		
皮膚： <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺		
外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀		
<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右手 <input checked="" type="checkbox"/> 左手) <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 (<input checked="" type="checkbox"/> 右腳 <input checked="" type="checkbox"/> 左腳) <input type="checkbox"/> 其它：		
完成評估時間： 時 分		
事 故	主 述	急 救 處 理
<input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 壓傷 <input type="checkbox"/> 碰撞傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 摔傷 <input checked="" type="checkbox"/> 跌傷 <input type="checkbox"/> 刀傷 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 叮咬傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 夾傷 <input type="checkbox"/> 非創傷原因 <input type="checkbox"/> 化學藥品灼傷 <input type="checkbox"/> 其它：拍跌傷	<input type="checkbox"/> 暈厥 <input type="checkbox"/> 胸痛胸悶 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 昏迷無知覺 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 眼睛對光無反應 <input checked="" type="checkbox"/> 肢體無力、感覺疼痛 <input type="checkbox"/> 其它：	<input checked="" type="checkbox"/> 止血包紮 <input type="checkbox"/> 頸椎固定 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 維持呼叫道 <input type="checkbox"/> 痰液抽吸 <input checked="" type="checkbox"/> 夾板固定 <input type="checkbox"/> 給氧 方式： <input type="checkbox"/> 口鼻咽管 <input type="checkbox"/> 面罩 <input type="checkbox"/> 強迫給氧 <input type="checkbox"/> 施行 CPR：_____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 施行哈姆立克法 <input checked="" type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 糖水供水 <input type="checkbox"/> 其它：
目擊者： <input type="checkbox"/> 學生 _____ <input type="checkbox"/> 老師 _____ <input type="checkbox"/> 其它 _____	主述者： <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其它 _____	類似骨折 (腫脹)

護理人員

導師

衛生組長

訓導主任

校長

護理師 張千穗

教師 許燦鴻

衛生組長 袁志雄

學務主任 李士豪

簡裡國民小學校長 古乾

衛生組長 曾佳瑄