消防機關救護紀錄表(　　消防局、隊)

救災救護指揮中心指派案號：

編號：

派遣資料

日期	年　月　日	出勤單位		受案單位	□救災救護指揮中心 □分隊自行受理		
受理時間	出勤時間	到達現場時間	離開現場時間	送達醫院時間	離開醫院時間	返隊待命時間	
時　分	時　分	時　分	時　分	時　分	時　分	時　分	
發生地點					協同處理單位		
送往醫院或地點		□就近適當 □指揮中心 □傷病患或家屬要求	未送醫原因	未接觸	□未發現 □誤報 □中途取消		
				未送醫	□拒送 □警察處理 □現場死亡 □其他_____		
				出勤待命	□火警 □支援勤務		

傷病患資料

傷病患姓名	□不詳	性別	□男 □女 □經評估後判斷	傷病患財物明細： □未經手
國民身分證統一編號/外籍患者護照號碼	□不詳	年齡	□經評估後判斷	□有　保管人：　(簽章)
傷病患住址	縣 市　鄉 鎮 市 區　村 里　鄰　路 街　段　巷　弄　號　樓　□同發生地點			

現場狀況（此欄可複選）

□非創傷

□急病
- □呼吸問題（喘／呼吸急促）
- □呼吸道問題（異物哽塞）
- □昏迷（意識不清）
- □胸痛／悶
- □腹痛
- □一般疾病
  - □頭痛／頭暈／昏倒／昏厥
  - □發燒
  - □噁心／嘔吐／腹瀉
  - □肢體無力

□疑似毒藥物中毒
□疑似一氧化碳中毒
□癲癇／抽搐
□路倒
□行為急症/精神異常
□孕婦急產
□到院前心肺功能停止
□其他_____

□創傷

□一般外傷
- □頭部外傷
- □胸部外傷
- □腹部外傷
- □背部外傷
- □肢體外傷

受傷機轉
□因交通事故
□非交通事故
事故類別(以傷病患為主)
□汽車 □機車 □腳踏車
□行人 □其他_____

□溺水
□摔跌傷
□墜落傷　約：_____公尺
□穿刺傷
□燒燙傷_____度____%
□電擊傷
□生物咬螫傷
□到院前心肺功能停止
□其他_____

傷病患主訴

主訴： □家屬或友人代訴

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?
5. 評估頸椎是否損傷? (創傷患者)

過去病史

□糖尿病 □腎臟疾病
□高血壓 □心臟疾病
□癌症 □癲癇
□慢性阻塞性肺病 □精神疾病
□氣喘 □其他_____
□中風 □不清楚
□肝臟疾病 □無

過敏史

□藥物_____ □不清楚
□食物_____ □無
□其他_____

處置項目（此欄可複選）

基本呼吸道/呼吸處置
- □口咽呼吸道
- □鼻咽呼吸道
- □抽吸
- □哈姆立克法
- □聲門上呼吸道(SGA)_____號
- □鼻管_____L/Min
- □面罩_____L/Min
- □非再呼吸型面罩
- □BVM(正壓輔助呼吸)
- □霧化吸入型面罩
- □其他

創傷處置
- □頸圈
- □清洗傷口
- □止血、包紮
- □骨折固定
- □長背板固定
- □ KED固定
- □其他_____

搬運
- □自行上車
- □以適當方式搬運

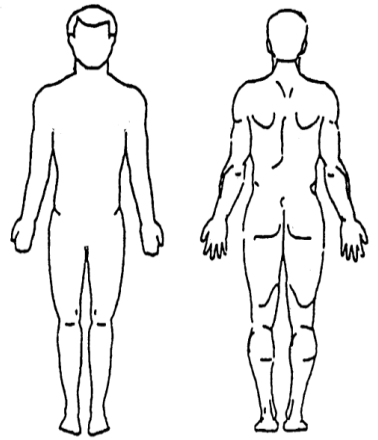
特定後送姿勢
- □平躺
- □半坐臥
- □左/ □右側躺
- □下肢抬高

心肺復甦術
- □自動心肺復甦機(MCPR)
- □CPR_____分鐘
- □使用AED
  - □電擊去顫_____次
  - □不建議電擊

藥物處置
- □靜脈輸液，部位_____
  - □0.9% N/S_____ml
  - □L/R_____ml
  - □_____葡萄糖液_____ml
- □給予口服葡萄糖液／粉
- □協助使用Aspirin
- □協助使用NTG含片_____片
- □協助使用支氣管擴張劑_____次

其他處置
- □保暖
- □心理支持
- □急產接生
- □約束帶
- □灌洗眼睛
- □其他_____

請在圖上標示說明受傷部位及其尺寸



補述：

給藥

時間	藥名	途徑/劑量

ALS處置

□氣管內管：_____號
(固定深度)fix：_____cm
□手動電擊：_____次：_____ Joule

醫療/線上指導醫師核簽

生命徵象

時間	意識狀態	呼吸	脈搏	血壓	GCS	SpO_2	體溫	血糖值
	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	□頸 □股、肱 □橈 □無	E__V__M__	%	℃	mg/dl
	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	／ mmHg	E__V__M__	%		
到院後檢傷站	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	／ mmHg	E__V__M__	%	℃	

心肺功能停止登錄

□派遣時即通知
目擊者： □有 □無
旁觀者CPR： □有 □無
使用PAD： □有 □無
到院前 ROSC： □有，　時　分
□無

OHCA事故地點型態

□住宅 □教育/學校
□工廠/工作地點 □捷運站/車站/機場
□運動中心 □診所/護理之家
□街道/公路 □其他
□公共建築 □不清楚
□療養院

疑似心肌梗塞登錄

□12小時內有胸痛或胸悶
或下列情形之任2項：
□喘
□冒冷汗
□噁心(或嘔吐)
□有心臟病史

符合疑似腦中風指標

是否異常：□是 □否
最後正常時間：　時　分
□微笑測試異常
□左側/□右側舉臂測試異常
□言語測試異常

簽名欄

救護人員簽名	醫護人員簽名	拒絕送醫簽名	送醫後傷病患/家屬/關係人簽名
到院前檢傷分級：□一級 □二級 □三級 □四級 □五級(無者免填，選填下一項) □危急個案 □非危急個案 一、 二、 三、	檢傷分級：□一級□二級□三級 □四級□五級	□拒絕醫療聲明：本人聲明：救護人員已解釋病情與送醫之需要，但我□拒絕任何救護□拒絕送醫 簽名：	聯絡電話：

本表送交保存之單位及份數，請各消防機關依緊急醫療救護法第34條規定及轄區現況，自行決定之。