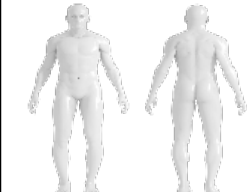


消防機關救護紀錄表(高雄市政府消防局)

救災救護指揮中心指派案號： 20220714161104001

TEMSIS編號： 2022071410100616110414

派遣資料								處置項目(此欄可複選)								
日期	2022-07-14		出勤單位	前鎮92		受案單位	■ 救災救護指揮中心 □ 分隊自行受理		基本呼吸道/呼吸處置				心肺復甦術			
受理時間	07-14 16:11		出勤時間	07-14 16:12		到達現場時間	07-27 15:12		<input type="checkbox"/> 口咽呼吸道 <input type="checkbox"/> 鼻咽呼吸道 <input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法 <input type="checkbox"/> 聲門上呼吸道(SGA): _____號 <input type="checkbox"/> 鼻管 _____ L/Min <input type="checkbox"/> 面罩 _____ L/Min <input type="checkbox"/> 非再呼吸型面罩 <input type="checkbox"/> BVM(正壓輔助呼吸) <input type="checkbox"/> 霧化吸入型面罩 <input type="checkbox"/> 其他: _____				<input type="checkbox"/> 自動心肺復甦機(MCPR) <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用AED <input type="checkbox"/> 電擊去顫 _____ 次 <input type="checkbox"/> 不建議電擊			
發生地點	高雄市透過經緯度轉換GIS座標					協同處理單位							請在圖上標示說明受傷部位及其尺寸:			
送往醫院或地點	長庚		■ 就近適當 <input type="checkbox"/> 指揮中心 <input type="checkbox"/> 傷病患或家屬要求		未運送原因	<input type="checkbox"/> 未接觸 <input type="checkbox"/> 有接觸 <input type="checkbox"/> 出勤待命			<input type="checkbox"/> 未發現 <input type="checkbox"/> 誤報 <input type="checkbox"/> 中途取消 <input type="checkbox"/> 拒送 <input type="checkbox"/> 警察處理 <input type="checkbox"/> 現場死亡 <input type="checkbox"/> 其他							
傷病患資料								藥物處置								
傷病患姓名	21		性別	■ 男 □ 女 <input type="checkbox"/> 經評估後判斷		傷病患財物明細:		<input type="checkbox"/> 靜脈輸液, 部位: _____ <input type="checkbox"/> 0.9%N/S _____ ml <input type="checkbox"/> L/R _____ ml <input type="checkbox"/> _____ 葡萄糖液 _____ ml				<input type="checkbox"/> 給予口服葡萄糖液/粉 <input type="checkbox"/> 協助使用Aspirin <input type="checkbox"/> 協助使用NTG含片: _____ 片 <input type="checkbox"/> 協助使用支氣管擴張劑: _____ 次				
國民身分證統一編號/外籍患者護照號碼	不詳		年齡	61歲 <input type="checkbox"/> 經評估後判斷		<input type="checkbox"/> 未經手 <input type="checkbox"/> 有 保管人: _____ (簽章)						<input type="checkbox"/> 其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 急產接生 <input type="checkbox"/> 約束帶 <input type="checkbox"/> 灌洗眼睛 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
傷病患住址	不詳							<input type="checkbox"/> 同發生地點				<input type="checkbox"/> 創傷處置 <input type="checkbox"/> 頭圍 <input type="checkbox"/> 清洗傷口 <input type="checkbox"/> 止血、包紮 <input type="checkbox"/> 止血帶 <input type="checkbox"/> 骨折固定 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> KED固定 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
現場狀況(此欄可複選)								搬運								
<input type="checkbox"/> 非創傷 <input checked="" type="checkbox"/> 急病 ■ 呼吸問題(喘/呼吸急促) <input type="checkbox"/> 呼吸道問題(異物哽塞) <input type="checkbox"/> 昏迷(意識不清) <input type="checkbox"/> 胸痛/悶 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 頭痛/頭暈/昏倒/昏厥 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 噁心/嘔吐/腹瀉 <input type="checkbox"/> 肢體無力								<input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 一般外傷 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 胸部外傷 <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 背部外傷 <input type="checkbox"/> 肢體外傷 <input type="checkbox"/> 受傷機轉 <input type="checkbox"/> 因交通事故 <input type="checkbox"/> 非交通事故 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 摔跌傷 <input type="checkbox"/> 墜落傷 _____ 公尺 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 _____ 度 <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 生物咬螫傷 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他: _____								
傷病患主訴: 1、感覺那裡不舒服? 1、 2、感覺怎麼的不舒服? 2、 3、大約不舒服有多久了? 3、 4、還有其他地方不舒服嗎? 4、 5、評估頸椎是否損傷?(創傷患者) 5、								過去病史 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 無 過敏史 <input type="checkbox"/> 藥物: _____ <input type="checkbox"/> 食物: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____								
心肺功能停止登錄 目擊者: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> EMS 旁觀者CPR: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用PAD: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 到院前 ROSC: <input type="checkbox"/> 有 時間: _____ <input type="checkbox"/> 無								OHCA事故地點型態 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 教育/學校 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 捷運站/車站/機場 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 公共建築 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 療養院								
疑似心肌梗塞登錄 <input type="checkbox"/> 12小時內有胸痛或胸悶 或下列情形之任2項: <input type="checkbox"/> 喘 <input type="checkbox"/> 冒冷汗 <input type="checkbox"/> 噁心(或嘔吐) <input type="checkbox"/> 有心臟病史								符合疑似腦中風指標 是否異常: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最後正常時間: _____ <input type="checkbox"/> 無法得知 微笑測試(F) <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> 不正常 舉臂測試(A) <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> 不正常 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 言語測試(S) <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> 不正常 動眼測試(G) <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> 不正常								
救護人員簽名 到院前檢傷分級: <input type="checkbox"/> 未評 <input type="checkbox"/> 危急個案 (無者免填, 選填下一項) <input type="checkbox"/> 非危急個案 一、 自己 四、 二、 五、 三、 六、								醫療人員簽名 檢傷分級: <input type="checkbox"/> 未評 聯絡人電話: _____ 無法簽名原因: <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 拒簽 <input type="checkbox"/> 意識不清 <input type="checkbox"/> 其他								
拒絕送醫簽名 <input type="checkbox"/> 拒醫療聲明:本人聲明:救護人員已解釋病情與送醫之需要,但我 <input type="checkbox"/> 拒絕任何救護 <input type="checkbox"/> 拒絕送醫 聯絡人電話: _____ 與傷病患關係: _____								送醫後傷病患/家屬/關係人簽名 聯絡人電話: _____ 與傷病患關係: _____								