

臺北市立大學

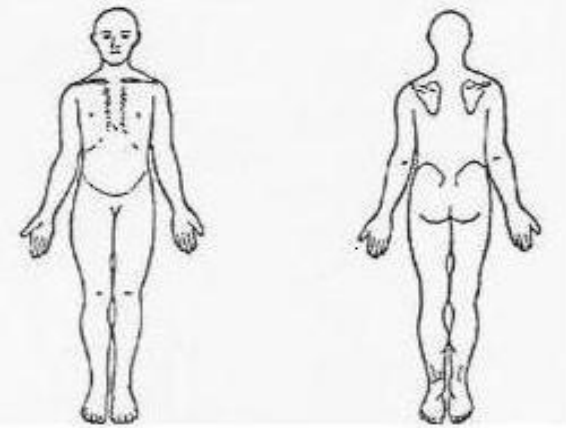
18-2 緊急傷病處理（教職工）標準作業流程

流程圖	時程	說明
<pre> graph TD Start([開始]) --> Step1[1. 校園緊急傷病個案事件，依個案狀況給予適當處理] Step1 --> Step2{2. 評估是否需要立即送醫} Step2 -- 是 --> Step3[3. 有生命危急、意識不清或大量出血徵象，需緊急送醫] Step2 -- 否 --> Step5[5. 意識清楚、生命徵象穩定，無大量出血徵象，但需就醫治療] Step3 --> Step4[4-1 通報 119 送醫 4-2 通知單位主管及家屬] Step5 --> Step6[6. 通知單位主管及家屬] Step6 --> Step7{7. 送至健康促進中心，觀察是否改善} Step7 -- 否 --> Step5 Step7 -- 是 --> Step9[9. 情況改善，返家休養] Step9 --> Step10[10. 健康促進中心個案追蹤] Step10 --> End([結束]) Step4 --> Step8[8. 就醫治療： 8-1 送醫方式： 計程車或自用車 8-2 陪同人員： 優先由家屬送醫，再者由單位主管或同仁協助送醫] Step6 --> Step8 </pre>	全年辦理	<p>1. 校園緊急傷病發生時，立即前往予以護理處置</p> <p>3. 5. 送醫前，皆須通知單位主管及家屬</p> <p>10. 個案追蹤 10-1 追蹤個案就醫情形 10-2 提供個案及家屬諮詢與衛教 10-3 後續處理與回報 10-4 填寫護理紀錄表(附件一)</p>

中華民國一〇五年十一月十一日

臺北市立大學校園緊急傷病護理記錄表（教職工版）

105.11 修訂

姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電話：		
緊急傷病發生類別： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____				單位：		
發生地點： <input type="checkbox"/> 操場 <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 其他：_____				職稱：		
接獲通報時間（發生事故時間）		到達健康中心/現場時間		送醫時間		
年 月 日 時 分		時 分		時 分		
生命徵象與疾病史	意識（GCS）		呼吸（R）		脈搏（P）	
	E（睜眼）： 分 V（語言）： 分 M（活動）： 分		<input type="checkbox"/> 有呼吸 次數： 次/分 型態： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 無呼吸		<input type="checkbox"/> 有脈搏 次數： 次/分 規律： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無脈搏	
	過去病史				循環（C）	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟疾病：____ <input type="checkbox"/> 精神疾病：____ <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他_____				<input type="checkbox"/> 正常（<2"） <input type="checkbox"/> 不正常（>2"） 血壓：_____mmHg 血氧：_____％	
護理評估	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（左圖劃記） 部位_____					
	頭部： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 暈厥 <input type="checkbox"/> 瞳孔改變 <input type="checkbox"/> 行為異常					
	胸部： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸悶 <input type="checkbox"/> 呼吸費力 <input type="checkbox"/> 呼吸困難					
	腹部： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 經痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 便秘					
	四肢： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 麻木 <input type="checkbox"/> 肢體變形					
處置	其他： <input type="checkbox"/> 冒冷汗 <input type="checkbox"/> 體溫過高_____℃ <input type="checkbox"/> 血糖異常（血糖值_____mg/dl） <input type="checkbox"/> 過敏反應 <input type="checkbox"/> 異物進入 <input type="checkbox"/> 燒燙傷（部位於上圖劃記） <input type="checkbox"/> 外傷（部位於上圖劃記）：○挫傷 ○穿刺傷 ○撕裂傷 ○切割傷 ○_____					
	<input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 頸圈固定 <input type="checkbox"/> 副木/三角巾固定 <input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 給糖水					
	<input type="checkbox"/> 傷口處理 <input type="checkbox"/> 包紮止血 <input type="checkbox"/> 冰敷 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 其他_____					

[illegible]

就醫情形	<input type="checkbox"/> 返家休息 <input type="checkbox"/> 急診留觀 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	醫師建議：
護理指導	<input type="checkbox"/> 傷口照護 <input type="checkbox"/> 日常照護 <input type="checkbox"/> 飲食衛教 <input type="checkbox"/> 運動衛教 <input type="checkbox"/> 輔具使用 <input type="checkbox"/> 其他：
護理師：_____ 敬會 健促中心主任／分區學務組長：_____ 單位主管：_____ 學務長：_____	