

國立臺東專科學校校園緊急傷病處理作業要點

民國 99 年 12 月 22 日行政會議通過
民國 108 年 6 月 19 日衛生暨膳食委員會修正通過
108 年 11 月 20 日擴大行政會議通過

一、為能迅速急救及護送在校期間發生緊急傷病事故之教職員工生就醫，以維護其安全與健康，依據 92 年 7 月 16 日教育部公佈「教育部主管各級學校緊急傷病處理準則」訂定「國立臺東專科學校緊急傷病處理作業要點」（以下簡稱本要點）。

二、處理原則

(一) 上班時間由衛生保健組人員處理。

1、任何人得知本校教職員工生在校內發生緊急傷病事故時，應立即通知衛保組與校安中心到場處理。

(1) 傷病嚴重者：情況嚴重須送醫時，應立即撥打 119 救護支援，並由護理人員現場進行傷病評估、檢傷分類(附件 1)及急救處置；校安中心值勤人員聯繫科主任、導師、法定代理人（或監護人）及校內相關單位協助。

(2) 傷病輕微者：

① 護理人員現場進行簡易外傷處理或送至保健室休養觀察後，傷病情形改善，個案即可恢復上班、上課。

② 護理人員現場進行簡易外傷處理或送至保健室休養觀察後，傷病情形未改善需就醫者，聯繫相關單位協助護送就醫事宜。

2、逢護理人員休假期間由職務代理人處理。

(二) 非上班時間由校安中心值勤教官及宿舍由舍監全權處理並應聯繫校內相關單位及家長。當傷病輕微者意識清醒、行動無礙，由校安中心值勤人員或同學等協助就醫；若傷病嚴重者意識不清、行動不便立即聯絡救護車送醫。

(三) 校內緊急傷病事件發生後，由校安中心值勤人員依教育部「校園安全及災害事件通報作業要點」辦理；若為食物中毒事件，另由衛生保健組通報地方衛生主管單位。

(四) 事件處理後衛生保健組應將緊急傷病處理情形加以記錄(留觀或緊急傷病處理紀錄表(附件 3、4))、統計分析，並定期檢討，呈報首長處理經過。

(五)通報流程：

- 1、事發現場人員通報衛生保健組護理師、校安中心前往現場。
- 2、校安中心值勤人員聯繫科主任、導師、法定代理人（或監護人）及校內相關單位協助。

三、護送順序

優先由為校安中心值勤人員或輔導教官、導師、科辦公室等相關人員協助。若檢傷分類為第一類時由護理人員陪同就醫。

四、護送就醫注意事項

- (一)119 救護緊急送醫，病患依其要求送往指定醫院，若因病情需要得由救護車人員判定送往最合適之就醫醫院。
- (二)傷患病情較穩定未立即危及生命，但仍須盡速處理者或家住外縣市、家長不便及時到校者，得依學生家長或親屬意願指定就醫地點送醫，若陪同人員若無交通工具護送時，得以搭乘計程車前往。
- (三)護送就醫過程，倘若有記者前往訪問拍攝時，護送人員有其義務維護學生隱私權，應要求禁止直接拍攝學生情形，不做任何發言，並委請記者到校了解事由，由秘書室統一說明。
- (四)護送時應攜帶公務行動電話，以利隨時聯絡。
- (五)傷病患因病情須進行重大檢查或緊急手術時，若傷病患已成年且意識清醒，可自行簽署同意書，若為未成年或意識不清時，應立即通知家長或法定代理人親自到場簽署同意書。
- (六)護送就醫人員支付之交通費，請檢附計程車收據，如無收據則填寫支出證明單(附件 5)及護送就醫計程車證明單(附件 6)交至衛保組，協助申請車資。

五、學校電話應設置緊急專線(校安專線:089-236874)，僅於立即危及生命須盡速處理時使用。

六、本校教職員工護送緊急傷病就醫視同執行公務，如有衍生相關法律問題，由學校視狀況提供相關法律協助。

七、為提升相關人員緊急傷病處理之急救能力，護理人員、校安人員及宿舍管理員需定期參與急救教育訓練。

八、救護經費由學校編列年度預算，支應急救研習、急救衛材、設備及護送就醫等緊急救護經費。

九、本要點經行政會議通過，陳請校長核定後施行；修正時亦同。

送醫檢傷分類

附件 1

護理人員上班時間

第一級:生命徵象不穩定,立即危及生命(復甦急救)→初步急救,緊急聯絡 119 請求醫療支援送醫,由護理人員陪同前往醫院診治,校安中心人員通知家長或法定代理人。

如:生命徵象(體溫、脈搏、呼吸、血壓)改變或停止,嚴重創傷或燙傷、休克、昏迷等。

第二級:生命徵象不穩定,可能危及生命(危急)→初步處理後,聯絡 119 救護車,由校安中心值勤人員、導師陪同前往醫院診治,並通知家長或法定代理人。

如:呼吸困難、頭部外傷、心臟血管疾病、重創傷、不明原因腹部劇痛,藥物化學品中毒。

第三級:生命徵象穩定,需急診處理較佳(緊急)→初步處理後,聯絡 119 或公務車送至醫院診治,可由校安中心值勤人員或同學陪同前往醫院診治,並通知家長或法定代理人。

如:單純性骨折、開放性傷口需傷口縫合、嚴重感冒。

第四級:生命徵象穩定(次緊急)→護理人員評估,可自行或由同學陪同前往醫療診所就醫,由同學自行通知家長或法定代理人。

如:輕度感冒(體溫未達 39 度 C)、皮膚過敏、耳鼻喉、眼、牙、婦科等疾患。

第五級:生命徵象穩定(非緊急)→衛保組處理。

如:輕度外傷、身體不適。

護理人員下班時間

輕症患者:神智清醒、行動無礙、生命徵象穩定

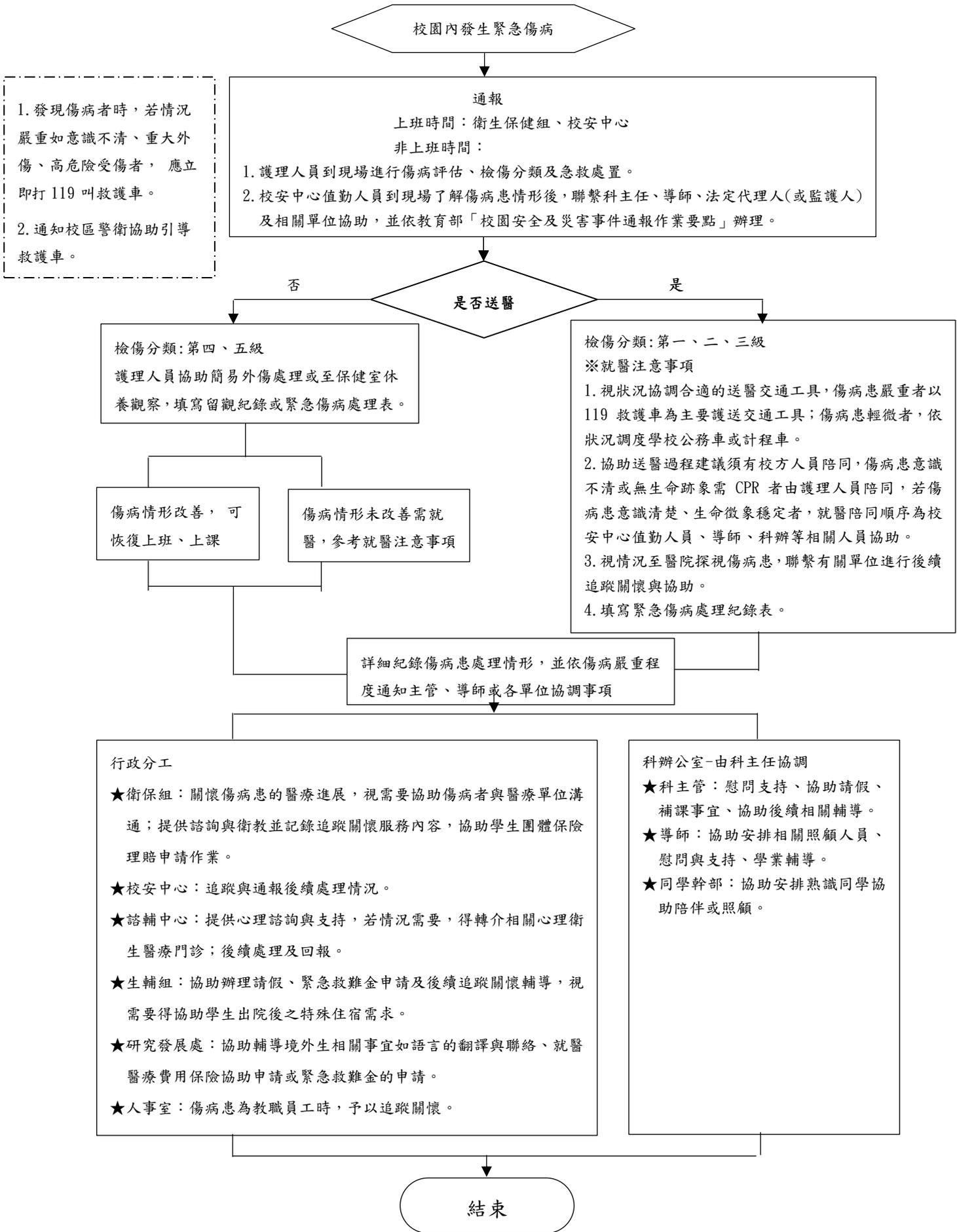
經舍監初步判定可自行就醫者,由同學自行聯絡陪同同學至附近醫院就醫。經舍監初步判定需就醫者,由舍監聯繫教官協助就醫。

重症患者:意識不清、行動不便、生命徵象不穩定

得由舍監初步判定後,予緊急傷病處理,立即聯絡救護車送醫。

國立台東專科學校校園緊急傷病處理流程

附件 2



1. 發現傷病者時，若情況嚴重如意識不清、重大外傷、高危險受傷者，應立即打119叫救護車。
2. 通知校區警衛協助引導救護車。

通報
上班時間：衛生保健組、校安中心
非上班時間：
1. 護理人員到現場進行傷病評估、檢傷分類及急救處置。
2. 校安中心值勤人員到現場了解傷病患情形後，聯繫科主任、導師、法定代理人(或監護人)及相關單位協助，並依教育部「校園安全及災害事件通報作業要點」辦理。

否
檢傷分類：第四、五級
護理人員協助簡易外傷處理或至保健室休養觀察，填寫留觀紀錄或緊急傷病處理表。

是
檢傷分類：第一、二、三級
※就醫注意事項
1. 視狀況協調合適的送醫交通工具，傷病患嚴重者以119救護車為主要護送交通工具；傷病患輕微者，依狀況調度學校公務車或計程車。
2. 協助送醫過程建議須有校方人員陪同，傷病患意識不清或無生命跡象需CPR者由護理人員陪同，若傷病患意識清楚、生命徵象穩定者，就醫陪同順序為校安中心值勤人員、導師、科辦等相關人員協助。
3. 視情況至醫院探視傷病患，聯繫有關單位進行後續追蹤關懷與協助。
4. 填寫緊急傷病處理紀錄表。

傷病情形改善，可恢復上班、上課

傷病情形未改善需就醫，參考就醫注意事項

詳細紀錄傷病患處理情形，並依傷病嚴重程度通知主管、導師或各單位協調事項

行政分工
★衛保組：關懷傷病患的醫療進展，視需要協助傷病者與醫療單位溝通；提供諮詢與衛教並記錄追蹤關懷服務內容，協助學生團體保險理賠申請作業。
★校安中心：追蹤與通報後續處理情況。
★諮輔中心：提供心理諮詢與支持，若情況需要，得轉介相關心理衛生醫療門診；後續處理及回報。
★生輔組：協助辦理請假、緊急救難金申請及後續追蹤關懷輔導，視需要得協助學生出院後之特殊住宿需求。
★研究發展處：協助輔導境外生相關事宜如語言的翻譯與聯絡、就醫醫療費用保險協助申請或緊急救難金的申請。
★人事室：傷病患為教職員工時，予以追蹤關懷。

科辦公室-由科主任協調
★科主任：慰問支持、協助請假、補課事宜、協助後續相關輔導。
★導師：協助安排相關照顧人員、慰問與支持、學業輔導。
★同學幹部：協助安排熟識同學協助陪伴或照顧。

結束

臺東專科學校學生重大事故救護紀錄表

附件 3

日期： 年 月 日

基 本 資 料	班級：		學生姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	家長電話：		通知家長人員：		通知家長時間： 時 分	
	送達健康中心時間： 時 分			護送人員： <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他		
	健康中心	接獲通知時間： 時 分		救護車	通知時間： 時 分	
		到達現場時間： 時 分			到達現場時間： 時 分	
離開現場時間： 時 分		離開現場時間： 時 分				
目擊者： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 其他						
送醫地點： 送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 轎車 <input type="checkbox"/> 其他						
情 況 評 估	第一次評估時間： 時 分			第二次評估時間： 時 分		
	意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應			意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應		
	呼吸： <input type="checkbox"/> 次/分 <input type="checkbox"/> 無			呼吸： <input type="checkbox"/> 次/分 <input type="checkbox"/> 無		
	脈搏： <input type="checkbox"/> 次/分 <input type="checkbox"/> 無			脈搏： <input type="checkbox"/> 次/分 <input type="checkbox"/> 無		
	瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無			瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無		
	血壓： <input type="checkbox"/> mm Hg <input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉			血壓： <input type="checkbox"/> mm Hg <input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉 <input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉		
	體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷			體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷		
	皮膚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷			皮膚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷		
	外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 上肢〈左、右〉 <input type="checkbox"/> 下肢〈左、右〉			外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 上肢〈左、右〉 <input type="checkbox"/> 下肢〈左、右〉		
	其他			其他		
事 故		主 述		急 救 處 理		
<input type="checkbox"/> 墜落 <input type="checkbox"/> 壓傷 <input type="checkbox"/> 撞傷 <input type="checkbox"/> 夾傷 <input type="checkbox"/> 刺傷 <input type="checkbox"/> 跌傷 <input type="checkbox"/> 刀傷 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 咬傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 化學藥品灼傷 <input type="checkbox"/> 割傷 <input type="checkbox"/> 非創傷原因 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 暈厥、頭暈、頭痛 <input type="checkbox"/> 肢體無力疼痛 <input type="checkbox"/> 噁心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 背痛 <input type="checkbox"/> 昏迷無知覺 <input type="checkbox"/> 胸痛胸悶 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 給氧 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 頸圈固定 <input type="checkbox"/> 夾板固定 <input type="checkbox"/> 維持呼吸道 <input type="checkbox"/> 止血包 紮 <input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 冰敷 <input type="checkbox"/> CPR _____分鐘 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法 <input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 糖水 <input type="checkbox"/> 其他_____		
主述人： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他_____						
追 蹤 情 形	追蹤日期：		診斷：		就診醫院：	
	現況：					
名 簽	參與急救人員	護理師	導師	衛生組長	學務主任	校長

國立臺東專科學校衛保組留觀紀錄單

附件 4

日期： 年 月 日

班級		姓名		發生地點
電話				<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 運動場 <input type="checkbox"/> 校外 <input type="checkbox"/> 其他_____
到達與離開保健室時間		到達時間： 時 分		離開時間： 時 分
健康狀況及原因	部 位	意 外 傷 害		症 狀
	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉 <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 type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 擦傷 <input type="checkbox"/> 刺傷 <input type="checkbox"/> 裂割傷 <input type="checkbox"/> 挫撞傷 <input type="checkbox"/> 扭傷 <input type="checkbox"/> 灼燙傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 叮咬傷 <input type="checkbox"/> 舊傷 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 經痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 牙痛 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 疹癢 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____
學生健康狀況	症狀開始時間：_____、睡眠時間：_____ 至 _____ 排便： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，_____天、早餐： <input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃 就醫情形： <input type="checkbox"/> 尚未就醫 <input type="checkbox"/> 已就醫，正服藥中 時間：_____ 體溫：_____℃、血壓：_____ / _____ mmHg、脈搏：_____次/分、呼吸：_____次/分 時間：_____ 體溫：_____℃、血壓：_____ / _____ mmHg、脈搏：_____次/分、呼吸：_____次/分 時間：_____ 體溫：_____℃、血壓：_____ / _____ mmHg、脈搏：_____次/分、呼吸：_____次/分 時間：_____ 體溫：_____℃、血壓：_____ / _____ mmHg、脈搏：_____次/分、呼吸：_____次/分			
留觀處置	<input type="checkbox"/> 休息觀察 <input type="checkbox"/> 冰/熱敷 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 衛生教育 <input type="checkbox"/> 其他_____			
追蹤結果				
備註	<input type="checkbox"/> 學生可回教室 <input type="checkbox"/> 由校方送醫治療（ _____ 診所/醫院） <input type="checkbox"/> 通知家長 <input type="checkbox"/> 由家長送醫治療 <input type="checkbox"/> 通知導師 <input type="checkbox"/> 其他_____			

填表人：

衛保組長：

國立臺東專科學校
支出證明單
年 月 日

附件 5

單位：新臺幣元

受 領 人				
姓名或稱 姓名		國民身分證 或營利事業 統一編號		地 址
貨物名稱廠 牌規格或支 出 事 由				單 位 數 量
單 價			實 金 付 額	
不 能 取 得 單 據 原 因				

經手人

(特別費支用人)

附註：

1. 受領人如為機關或本機關人員，得免記其地址及其統一編號。
2. 若具合法支付事實，但因特殊情形無法取得支出憑證，且本機關人員確已先行代墊款項者，「姓名或名稱」欄可填寫本機關實際支付款項人員之姓名。
3. 依行政院 95 年 12 月 29 日院授主忠字第 0950007913 號函規定，特別費因特殊情形，不能取得支出憑證者，應由經手人開具支出證明單，書明不能取得原因，並經支用人（即首長、副首長等人員）核（簽）章後，據以請款。
4. 特別費支用人核（簽）章欄位，僅於特別費因特殊情形，不能取得支出憑證而開具支出證明單時，由支用人核（簽）章適用，故特加列括號註明。

國立臺東專科學校護送救醫計程車證明單

附件 6

單位		職別		姓名	
日期時間 及 起迄地點	日期：_____時間：_____時_____分起至日期：_____時間：_____時_____分止 起迄地點：_____ → _____ <input type="checkbox"/> 單程 <input type="checkbox"/> 雙程				
目的	因護送姓名：_____科別/單位：_____至_____醫院就醫。				
車資	新台幣：_____千_____百_____拾_____元整。				
車行		駕駛人			

【黏貼就醫收據以茲佐證】
