

中華民國 102 年 7 月 11 日  
行政院衛生署令 衛署醫字第 1020202525 號

訂定「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」。

附「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」

署 長 邱文達

### 公共場所必要緊急救護設備管理辦法

- 第 一 條 本辦法依緊急醫療救護法（以下稱本法）第十四條之一第三項規定訂定之。
- 第 二 條 本辦法用詞，定義如下：  
一、公共場所必要緊急救護設備：指放置於公共場所，提供民眾使用急救突發性心跳停止之設備。  
二、自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator，以下簡稱 AED）：指經中央衛生福利主管機關查驗登記，取得輸入或製造許可證，具備電腦自動判讀個案心臟搏動及體外電擊去顫功能之設備。
- 第 三 條 公共場所必要緊急救護設備項目，包含 AED 或其他經中央衛生福利主管機關公告之設備。
- 第 四 條 公共場所設置 AED 後，應上傳至中央衛生福利主管機關指定之資料庫（資料庫登錄表如附表一），登錄資料送所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關備查後，轉該所在地消防主管機關登錄於救災救護指揮中心；其異動時，亦同。
- 第 五 條 公共場所設置 AED 時，應符合下列規定：  
一、AED 應置放於場所內明顯、方便取得使用之處，並附 AED 操作程序。  
二、應於該場所平面圖上標示 AED 位置，並於重要入口、AED 置放處設有明顯指示標示（標示樣式及顏色如附件二）。  
三、應有保護外框、警報及警鈴功能。
- 第 六 條 設置 AED 場所應指定管理員，負責 AED 之管理；管理員應接受並完成心肺復甦術及 AED 相關訓練，並每二年接受複訓一次。
- 第 七 條 設置 AED 場所應定期檢查 AED 電池、耗材有效日期及其功能，維持機器正常運作，並製作檢查紀錄，妥善保存備查；其保存期間，至少二年。  
AED 每次使用結束，應補充當次耗材。
- 第 八 條 使用 AED 急救結束，設置 AED 場所應填寫 AED 使用紀錄表（如附表三）。  
前項紀錄表及 AED 使用之電子資料，應於急救事件結束七日內，郵寄中央衛生福利主管機關備查。
- 第 九 條 中央衛生福利主管機關應製作 AED 訓練教學內容，供宣導訓練。

第十條 設置 AED 之公共場所，其直轄市、縣（市）目的事業主管機關應對該場所 AED 之管理，進行檢查或抽查。

前項檢查或抽查，該公共場所之負責人及從業人員不得規避、妨礙或拒絕，並應提供必要之協助。

第十一條 經公告應設置 AED 之公共場所，應自公告之日起一年內完成設置，未置有 AED 或其他必要之緊急救護設備者，或設置而無明顯標示者，該公共場所之直轄市、縣（市）目的事業主管機關應加以勸導，並命其限期改善；屆期未改善者，應將名單報中央各目的事業主管機關督導改善。

第十二條 直轄市、縣（市）地方衛生主管機關得辦理 AED 安心場所之認證。

設置 AED 場所百分之七十員工完成接受 AED 相關訓練者，得向地方衛生主管機關申請前項認證，通過認證者，核發證書（樣式如附件四），其有效期限為三年；期限屆滿前，應重新申請認證，屆期未申請認證者，其原證書失其效力。

第十三條 設置 AED 之公共場所，其各級目的事業主管機關對於設置 AED 訓練、宣導及推廣等相關實務，績效卓著者，得加以表揚或獎勵。

前項表揚或獎勵之條件、適用範圍、審查基準及其他相關事項，由各級目的事業主管機關定之。

第十四條 本辦法自發布日施行。

附表一

公共場所自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 登錄表

1) 場所資訊					
場所名稱全名 (必填)	員工總人數： 人				
場所名稱關鍵字 索引 (必填)	1.	2.	3.	4.	5.
場所地址 (必填)	縣 市鄉 村里 路 段 巷 號之 , 樓 室 市 區鎮 鄰 街 弄				
場所經緯度 (選填)	經度			緯度	
場所類型 (必填)	<input type="checkbox"/> 1. 交通要衝：機場、高鐵站、二等站以上之台鐵車站、捷運站、轉運站、高速公路服務區、港區旅客服務區。 <input type="checkbox"/> 2. 長距離交通工具：高鐵、十九人座以上航空器、總噸位一百噸以上或乘客超過一百五十人之客船等交通工具。 <input type="checkbox"/> 3. 觀光旅遊地區：國家級風景區及直轄市、縣(市)政府主管之風景區、國家公園、森林遊樂區、開放觀光遊憩活動水庫、民營遊樂業、文化園區、農場及其他等觀光旅遊性質地區。 <input type="checkbox"/> 4. 學校、大型集會場所或特殊機構：高中以上之學校、法院、立法院、議會、健身或運動中心、殯儀館、軍營。 <input type="checkbox"/> 5. 休閒場所：電影片映演場所(戲院、電影院)、節目錄影帶播映場所、視聽歌唱場所、演藝廳、體育館(如小巨蛋)、圖書館、博物館、美術館。 <input type="checkbox"/> 6. 購物場所：大型商場(包括地下街)、賣場、超級市場、福利站及百貨業。 <input type="checkbox"/> 7. 旅宿場所：旅館、飯店、招待所。 <input type="checkbox"/> 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。 <input type="checkbox"/> 9. 其他：說明_____				
場所描述 (選填)					
場所網址 (選填)					

2) AED 地點資訊		
AED 經緯度 (選填)	經度	緯度
AED 置放地點 (必填)		
AED 地點描述 (必填)		
AED 開放使用? (必填)	上班營業時間： <input type="checkbox"/> 星期一至星期五__：00 至__：00 <input type="checkbox"/> 星期六__：00 至__：00 <input type="checkbox"/> 星期日__：00 至__：00 <input type="checkbox"/> 星期__公休	
3) 管理員資訊		
管理員姓名 (必填)		聯絡電話 (必填)
		電子信箱 (選填)
開放時間緊急聯絡電話 (必填)		
管理員 AED 相關訓練		
4) AED 產品資訊		
經銷商名稱 (必填)		聯絡電話 (必填)
AED 廠牌、型號與序號 (必填)	廠牌	型號
	序號	
AED 設置日期 (必填)	____年__月__日	
AED 保固期限 (必填)	____年__月__日至____年__月__日	

附件二



## 附表三

公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

AED 資訊 (必填)	廠牌	型號
	序號	
1) 報告者資訊		
報告者姓名 (必填)		聯絡電話 (必填)
		報告日期 (必填)
反應者身分 (必填)	<input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
反應者訓練資料 (必填)	<input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR) 或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練：_____ <input type="checkbox"/> 不詳	
2) 事故資訊		
事故地點 (必填)		
事故通報日期/ 時間 (必填)	____年__月__日__時__分 (24 小時制)	
AED 使用地點 (必填)	<input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
事故描述 (必填)		
3) 病患與急救資訊		
病患資料	姓名 (若知道)：	病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定
		病患年紀約__歲
急救模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 其他：說明_____	
AED 抵達日期/ 時間	(必填) ____月__日__時__分 (24 小時制)	AED 電擊次數 (必填) _____次
病患預後 (必填)	<input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術 (DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他：說明_____	

病患轉送模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 119 救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車 _____ <input type="checkbox"/> 其他車輛或交通工具：說明 _____ 送離現場時間：_____年____月____日____時____分 (24 小時制)	
病患動向 (必填)	<input type="checkbox"/> 醫院：_____醫院 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
其他說明：	填表人 姓名： 聯絡電話： 電子郵件： 填寫日期：_____年____月____日	

附件四

# AED



## CPR + AED

認證機構名稱

本場所設有AED(自動體外心臟電擊器)  
本場所70%以上員工已接受CPR+AED  
(心肺復甦術加自動體外心臟電擊去顫器)訓練

 衛生福利部	 ○○衛生局
--	---

中華民國    年    月    日認證