

公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

★ 必填項目

填表日期： 年 月 日

AED 資訊★	廠牌			
	型號			
	序號			
1) 報告者資訊				
報告者姓名★			聯絡電話★	
			報告日期★	年 月 日
反應者身分★	<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★	<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：_____			
2) 事故資訊				
事故地點★				
事故通報日期/時間★	_____年____月____日 ____時____分 (24 小時制)			
AED 使用地點★	<input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
事故描述★				
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★	<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★	_____月____日 ____時____分 (24 小時制)		AED 電擊次數____次★	

病患預後★	<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★	<input type="checkbox"/> 119 救護車 <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★	<input type="checkbox"/> 醫院: _____醫院 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
AED 電子紀錄★	<input type="checkbox"/> 已下載並隨表附上檔案光碟 <input type="checkbox"/> 未附上檔案光碟, 原因_____	
其他說明		
填表人	姓名	
	聯絡電話	
	電子郵件	

※此紀錄表填寫完成後需連同電子紀錄檔光碟片郵寄至中央衛生福利主管機關。