附件三 公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

修正規定		現行規定		說明
附件三:公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表		附件三:公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表		將款次及相關數字修正為中文數字。
AED 資訊 (必填)	廠牌 序號	AED 資訊 (必填)	廠牌 序號	
(一) 報告者資訊		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)	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)	☐ 病人親友 ☐ 醫護人員或救護技術員 ☐ 場所員工 ☐ 其他民眾 ☐ 其他: _____	反應者身分(必填)	☐ 病人親友 ☐ 醫護人員或救護技術員 ☐ 場所員工 ☐ 其他民眾 ☐ 其他: _____	
反應者訓練資料 (必填)	☐ 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 ☐ 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ ☐ 不詳	反應者訓練資料 (必填)	☐ 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 ☐ 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ ☐ 不詳	
(二) 事故資訊		2) 事故資訊		
事故地點 (必填)		事故地點 (必填)		
事故通報日期/時間(必填)	_____年____月____日 ____時____分 (二十四小時制)	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)	☐ 同事故地點 ☐ 其他: _____	AED 使用地點 (必填)	☐ 同事故地點 ☐ 其他: _____	
事故描述 (必填)		事故描述 (必填)		
(三) 病患與急救資訊		3) 病患與急救資訊		
病患資料	姓名(若知道): 病患性別 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 不確定 病患年紀 約____歲	病患資料	姓名(若知道): 病患性別 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 不確定 病患年紀 約____歲	
急救模式 (必填)	☐ 沒有通氣,也沒有壓胸 CPR ☐ 只通氣 ☐ 只壓胸 CPR ☐ 通氣並壓胸 CPR ☐ 其他: 說明 _____	急救模式 (必填)	☐ 沒有通氣,也沒有壓胸 CPR ☐ 只通氣 ☐ 只壓胸 CPR ☐ 通氣並壓胸 CPR ☐ 其他: 說明 _____	
AED 抵達日期/時間	(必填) _____月____日 ____時____分 (二十四小時制) AED 電擊次數 (必填) _____次	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)	☐ 現場曾恢復心跳 ☐ 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 ☐ 不施行心肺復甦術(DNAR) ☐ 急救無效並中止心肺復甦術 ☐ 明顯死亡 ☐ 其他: 說明 _____	病患預後 (必填)	☐ 現場曾恢復心跳 ☐ 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 ☐ 不施行心肺復甦術(DNAR) ☐ 急救無效並中止心肺復甦術 ☐ 明顯死亡 ☐ 其他: 說明 _____	
病患轉送模式 (必填)	☐ 一一九救護車 或 ☐ 其他救護車 _____ ☐ 其他車輛或交通工具: 說明 _____ 送離現場時間: : _____年____月____日 ____時____分 (二十四小時制)	病患轉送模式 (必填)	☐ 119 救護車 或 ☐ 其他救護車 _____ ☐ 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)	☐ 醫院: _____醫院 ☐ 其他: _____	病患動向(必填)	☐ 醫院: _____醫院 ☐ 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	其他說明:	填表人 姓名: 聯絡電話: 電子郵件: 填寫日期: _____年____月____日	