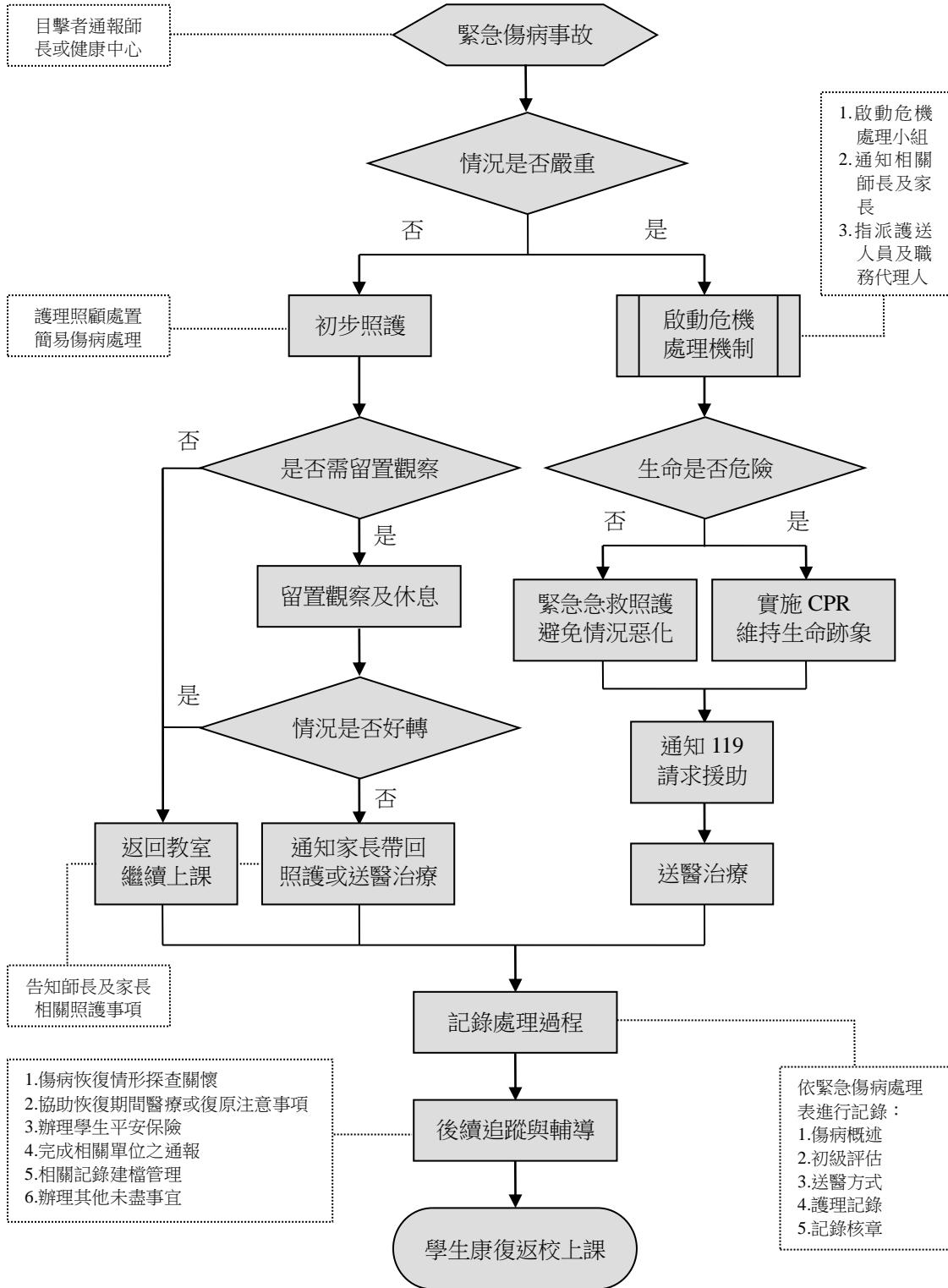


# 嘉義縣太保國小校園緊急傷病處理標準作業流程 (SOP)



# 嘉義縣太保國小學校緊急傷病處理記錄表

一、傷病概述： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

學生 資料	_____年____班 座號_____ 姓名：_____
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 緊急聯絡人：_____ 電話：_____
傷病 情形	地點： <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 操場 <input type="checkbox"/> 運動場 <input type="checkbox"/> 遊樂場 <input type="checkbox"/> 其他_____
	傷病時間：____時____分，目擊者到達現場時間：____時____分
	目擊者：_____ 傷病原因： <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 撞擊 <input type="checkbox"/> 其他____

二、初級評估：

1.意識狀態： <input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否
2.呼吸聲： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 呼吸困難： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3.心跳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 ( ) 次/分
4.過去病史： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  <input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞肺疾病 <input type="checkbox"/> 心肌缺氧 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 外科手術 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他_____
5.露身檢查：  外傷： <input type="checkbox"/> 有,部位_____。 <input type="checkbox"/> 無 出血： <input type="checkbox"/> 有,部位_____。 <input type="checkbox"/> 無 疼痛： <input type="checkbox"/> 有,部位_____。 <input type="checkbox"/> 無

6.主 訴：

- 腹痛      抽搐、癲癇      噁心、嘔吐      暈厥、頭暈、頭痛  
神智異常      昏迷無知覺      吐血      肺部咳血      血、黑便  
背痛      胸痛、胸悶      呼吸困難      發燒      肢體無力、疼痛  
陰道出血      排尿困難      其他：\_\_\_\_\_

7.生命徵象：

時間	RR 呼吸	PR 脈搏	BP 血壓	意 識 狀 況
時 分	次/分	次/分	mmHg	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左___mm 右___mm
時 分	次/分	次/分	mmHg	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左___mm 右___mm
GCS ( 葛式昏迷指數 )				
Time	E(眼睛)	V(聲音)	M(運動)	Score(合計)
時 分				
時 分				

備 註：Glasgow 昏迷計分

	<u>睜開眼睛</u>	<u>聲 音 反 應</u>	<u>運 動 反 應</u>
	自動 4	清楚 5	服從指令 6
	對聲 3	迷糊 4	局部疼痛 5

對痛 2 不適當的用字 3 (對痛)撤回 4

無 1 不完整的句子 2 (對痛)彎曲 3

無 1 (對痛)伸張 2

無 1

#### 8.健康中心處置：

包紮止血 頸圈 夾板固定 維持呼吸 抽吸 CPR：\_\_\_\_\_分鐘

鼻管給氧 面罩給氧 心理支持 哈姆立克法 長、短背板固定

糖水 其他\_\_\_\_\_

#### 三、送醫方式：

<input type="checkbox"/> 家長自送	<input type="checkbox"/> 通知家長時間：_____時_____分		學生家長簽名：	
	<input type="checkbox"/> 家長抵達時間：_____時_____分			
	<input type="checkbox"/> 家長離校時間：_____時_____分			
<input type="checkbox"/> 校方自送	送醫時間： _____時_____分	醫院名稱： _____醫院	到達醫院：	目擊者簽名：
			_____時_____分	急診人員簽名：
				護送人員簽名：
<input type="checkbox"/> 救護車	通知救護車時間 _____時_____分	救護車抵達時間 _____時_____分	救護車人員簽名：	

#### 四、護理紀錄：

時間	病情摘要	處理情形	簽名	備註
----	------	------	----	----

--	--	--	--	--

五、紀錄核章：

護理人員	訓育組長	學務主任	校 長