**國際緊急醫療專機轉送計畫書**

1. **基本資料【必填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 轉送機構名稱 |  |
| 聯絡人 |
| 姓名 | 聯絡電話 | 電子郵件 |
|  |  |  |
| 航空公司名稱 |  |

1. **行程計畫表【必填】**

| 日期 | 當地時間 | 行程摘要 | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

1. **轉送小組名單：如入境防疫計畫書。**
2. **個人防護裝備及相關備品資料【必填】**

| 品項名稱 | 預備量 | 品項名稱 | 預備量 | 品項名稱 | 預備量 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N95口罩 |  | 醫用/外科口罩 |  | 手套 |  |
| 護目鏡 |  | 全面罩 |  | 隔離衣 |  |
| 髮帽 |  |  |  |  |  |

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

**伍、穿戴之個人防護裝備【必填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 人員 | 著裝內容 |
| 醫護人員 |  |
| 機組人員 |  |

**【送審文件請刪除後方範例】**

**國際緊急醫療專機轉送計畫書（範例）**

1. **基本資料【必填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 轉送機構名稱 | ○○機構 |
| 聯絡人 |
| 姓名 | 聯絡電話 | 電子郵件 |
| ○○○ | 02-xxxx-xxxx | abc@gmail.com |
| 航空公司名稱 | ○○航空 |

1. **行程計畫表【必填】**

| 日期 | 當地時間 | 行程摘要 | 說明 |
| --- | --- | --- | --- |
| MM/DD | HH:MM~H:MM | ○○-○○ | 抵達當地機場接收就(伴)醫者 |
| MM/DD | HH:MM~H:MM | ○○-○○ | * 起飛返回我國機場
* 中轉站：
* 就就(伴)醫者及醫護人員入境
 |
| MM/DD | HH:MM~H:MM | ○○-○○ | 機組人員返回出發國不入境 |

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

1. **轉送小組名單：如入境防疫計畫書。**
2. **個人防護裝備及相關備品資料【必填】**

| 品項名稱 | 預備量 | 品項名稱 | 預備量 | 品項名稱 | 預備量 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N95口罩 | ○個 | 醫用/外科口罩 | ○個 | 手套 | ○雙 |
| 護目鏡 | ○個 | 全面罩 | ○個 | 隔離衣 | ○件 |
| 髮帽 | ○個 |  |  |  |  |

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

**伍、穿戴之個人防護裝備【必填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 人員 | 著裝內容 |
| 醫護人員 | 隔離衣、髮帽、N95口罩、護目鏡、手套、全面罩 |
| 機組人員 | 隔離衣、外科口罩、手套、全面罩 |