

附表二 空中緊急轉診申請表修正規定對照表

修正名稱				現行名稱				說明																								
附表二 空中 <u>緊急</u> 轉診申請表				附表五 空中轉診申請表				表次及附表名稱 修正																								
修正規定				現行規定				說明																								
申請日期： 年 月 日				申請日期： 年 月 日																												
病患基本資料：				病患基本資料：																												
<table><tr><td>姓名</td><td>性別</td><td>出生年 月日</td><td>身分證統一編號</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>臨床診斷</td><td colspan="3"></td></tr></table>				姓名	性別	出生年 月日	身分證統一編號					臨床診斷				<table><tr><td>姓名</td><td>性別</td><td>出生年 月日</td><td>身分證統一編號</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>臨床診斷</td><td colspan="3"></td></tr></table>				姓名	性別	出生年 月日	身分證統一編號					臨床診斷				
姓名	性別	出生年 月日	身分證統一編號																													
臨床診斷																																
姓名	性別	出生年 月日	身分證統一編號																													
臨床診斷																																
適應症：請勾選				適應症：請勾選																												
☐ <u>修訂版</u>創傷指數(RTS)小於十二。 ☐ 年齡小於五歲，創傷指數(PTS)小於九。 ☐ 昏迷指數小於十。 ☐ 昏迷指數變動降低超過二分。 ☐ 頭、頸、軀幹<u>之</u>穿刺或壓碎傷，導致生命象徵不穩定。 ☐ 脊椎、脊髓嚴重或已導致肢體癱瘓<u>之</u>創傷。				☐ 創傷指數小於十二 ☐ 年齡小於五歲，創傷指數小於九。 ☐ 昏迷指數小於十 ☐ 昏迷指數變動降低超過二分。 ☐ 頭、頸、軀幹的穿刺或壓碎傷，導致生命象徵不穩定。 ☐ 脊椎、脊髓嚴重或已導致肢體癱瘓的創傷。				酌作文字修訂， 以求明確。																								

☐ 完全性或未完全性之截肢傷（不含 <u>無法以顯微手術接合之手指、腳趾截肢傷</u> ）。	☐ 完全性或未完全性的截肢傷（不含手指、腳趾截肢傷）。	
☐ 二處以上（含二處）之長骨骨折或嚴重骨盆骨折。	☐ 二處以上（含二處）之長骨骨折或嚴重骨盆骨折。	一、<u>附註刪除</u>。 二、基本原則內容已移列至修正條文第五條，爰刪除附註。
☐ 二度、三度燒傷面積達百分之十，或顏面、會陰等部位燒傷。	☐ 二度、三度燒傷面積達百分之十，或顏面、會陰等部位燒傷。	
☐ 溺水，並併發嚴重呼吸系統病症。	☐ 溺水，並併發嚴重呼吸系統病症。	
☐ 器官衰竭需積極性加護治療。	☐ 器官衰竭需積極性加護治療。	
☐ 需立即積極治療（含侵入性治療）之低體溫症。	☐ 需立即積極治療（含侵入性治療）之低體溫症。	
☐ 成人患者呼吸速率每分鐘大於三十或小於十次、心跳速率每分鐘大於 <u>一百五十</u> 或小於 <u>五十</u> 次。	☐ 成人患者呼吸速率每分鐘大於三十或小於十次、心跳速率每分鐘大於一五0或小於五0次。	
☐ 心因性胸痛、主動脈剝離、動脈瘤滲漏、急性中風、抽搐不止。	☐ 心因性胸痛、主動脈剝離、動脈瘤滲漏、急性中風、抽搐不止。	
☐ 高危險性產婦或新生兒。	☐ 高危險性產婦或新生兒。	
☐ 其他非經空中轉診，將 <u>會</u> 影響緊急醫療時效，其原因：_____。	☐ 其他非經空中救護，將影響緊急醫療 <u>救護</u> 時效，其原因：_____。	
	附註：空中救護基本原則 一、當地醫療資源依其設備及專長無法提供治療，且具時效與病情之迫切性，非經空中救護將立即影響傷病患生命安全。 二、接受轉診或診治醫院，能及時提供傷病患確切的醫療。 三、空中救護運送途中有足夠之設備及受過充分訓練之<u>救護人員</u>隨行救護。	

<table border="1"> <tr> <th colspan="5">接受轉診醫院</th> </tr> <tr> <th colspan="2">名稱</th> <th colspan="2">醫師姓名</th> <th>聯絡電話</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">與接受轉診醫院聯絡安排情形</td> <td>是</td> <td>否</td> <td>準備中</td> </tr> <tr> <td colspan="2">救護車派遣</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">急診部門備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">手術室人員備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">急重症病房備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">其他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="5">申請醫療機構</th> </tr> <tr> <th>名稱</th> <th>院長（或院長授權人）</th> <th>單位主管</th> <th>醫師</th> <th>聯絡電話</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					接受轉診醫院					名稱		醫師姓名		聯絡電話						與接受轉診醫院聯絡安排情形		是	否	準備中	救護車派遣					急診部門備妥					手術室人員備妥					急重症病房備妥					其他					申請醫療機構					名稱	院長（或院長授權人）	單位主管	醫師	聯絡電話						<table border="1"> <tr> <th colspan="5">接受轉診醫院</th> </tr> <tr> <th colspan="2">名稱</th> <th colspan="2">醫師姓名</th> <th>聯絡電話</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">與接受轉診醫院聯絡安排情形</td> <td>是</td> <td>否</td> <td>準備中</td> </tr> <tr> <td colspan="2">救護車派遣</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">急診部門備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">手術室人員備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">急重症病房備妥</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">其他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="5">申請醫院</th> </tr> <tr> <th>名稱</th> <th>院長（或院長授權人）</th> <th>單位主管</th> <th>醫師</th> <th>聯絡電話</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					接受轉診醫院					名稱		醫師姓名		聯絡電話						與接受轉診醫院聯絡安排情形		是	否	準備中	救護車派遣					急診部門備妥					手術室人員備妥					急重症病房備妥					其他					申請醫院					名稱	院長（或院長授權人）	單位主管	醫師	聯絡電話						一、酌作文字修正。 二、為統一填寫體例，爰刪除衛生主管機關之「通知時間」欄位。
接受轉診醫院																																																																																																																																		
名稱		醫師姓名		聯絡電話																																																																																																																														
與接受轉診醫院聯絡安排情形		是	否	準備中																																																																																																																														
救護車派遣																																																																																																																																		
急診部門備妥																																																																																																																																		
手術室人員備妥																																																																																																																																		
急重症病房備妥																																																																																																																																		
其他																																																																																																																																		
申請醫療機構																																																																																																																																		
名稱	院長（或院長授權人）	單位主管	醫師	聯絡電話																																																																																																																														
接受轉診醫院																																																																																																																																		
名稱		醫師姓名		聯絡電話																																																																																																																														
與接受轉診醫院聯絡安排情形		是	否	準備中																																																																																																																														
救護車派遣																																																																																																																																		
急診部門備妥																																																																																																																																		
手術室人員備妥																																																																																																																																		
急重症病房備妥																																																																																																																																		
其他																																																																																																																																		
申請醫院																																																																																																																																		
名稱	院長（或院長授權人）	單位主管	醫師	聯絡電話																																																																																																																														

衛生主管機關					衛生局						
單位 名稱	局長（或局 長授權人）	主管	承辦人 員	聯絡電話	單位 名稱	局長（或局 長授權人）	主管	承辦 人員	聯絡 電話	<u>通知 時間</u>	