

空中轉診申請表-1

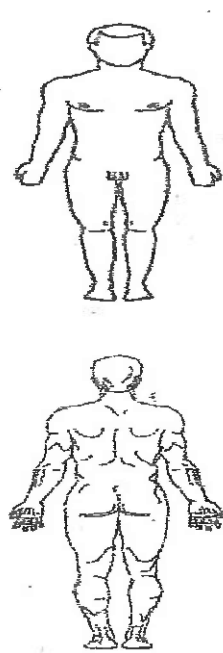
病患姓名：

申請日期： 年 月 日

臨床診斷	中文診斷名稱：
------	---------

適應症：請勾選

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 創傷指數小於十二；年齡小於五歲，創傷指數小於九。
<input type="checkbox"/> 昏迷指數小於十；昏迷指數變動降低超過二分。
<input type="checkbox"/> 頭、頸、軀幹的穿刺或壓碎傷，導致生命徵象不穩定。
<input type="checkbox"/> 脊椎、脊髓嚴重或已導致肢體癱瘓的創傷。
<input type="checkbox"/> 完全性或未完全性的截肢傷（不含手指、腳趾截肢傷）。
<input type="checkbox"/> 二處以上（含二處）之長骨骨折或嚴重骨盆骨折。
<input type="checkbox"/> 二度、三度燒傷面積達百分之十，或顏面、會陰等部位燒傷。 | <input type="checkbox"/> 溺水，並併發嚴重呼吸系統病症。
<input type="checkbox"/> 器官衰竭需積極性加護治療。
<input type="checkbox"/> 需立即積極治療（含侵入性治療）的低體溫症。
<input type="checkbox"/> 成人患者呼吸速率每分鐘大於 30 或小於 10 次、心跳速率每分鐘大於 150 或小於 50 次。
<input type="checkbox"/> 心因性胸痛、主動脈剝離、動脈瘤滲漏、急性中風、抽搐不止。
<input type="checkbox"/> 高危險性產婦或新生兒。
<input type="checkbox"/> 其他非經空中救護，將影響緊急醫療救護時效，其原因：_____ |
|---|--|

神智狀態 EVM	圖示	已接受之處置
呼吸道通暢 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 呼吸自主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 速率 <input type="checkbox"/> 10-24 <input type="checkbox"/> >24 <input type="checkbox"/> <10 瞳孔 右 左 脈博 血壓 頭頸部 胸部 心音 呼吸音 腹部骨盆		<input type="checkbox"/> 氧氣 L/min <input type="checkbox"/> 氧氣鼻管 <input type="checkbox"/> 氧氣面罩 <input type="checkbox"/> 口咽/鼻咽 呼吸道 <input type="checkbox"/> 氣管內管/氣切管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胸管 右/左 <input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 頭部穩定器 <input type="checkbox"/> 長背板 <input type="checkbox"/> 短背版 <input type="checkbox"/> 四肢骨折固定 <input type="checkbox"/> 下肢牽引夾板 <input type="checkbox"/> 抗休克褲 <input type="checkbox"/> 週邊靜脈管路 <input type="checkbox"/> 中心靜脈管路 <input type="checkbox"/> 骨內注射管路 <input type="checkbox"/> 動脈管路 <input type="checkbox"/> 其它導管 <input type="checkbox"/> 輸液：NS LR R D5W
背部	AB 擦傷 AV 撕離傷 BR 瘀傷 B 燒燙傷 C 壓痛 L 撕離傷	<input type="checkbox"/> 藥： 劑量： <input type="checkbox"/>
四肢	P 穿刺傷 S 腫脹 +疼痛 X 壓痛	

空中轉診申請表-2

病患姓名：_____，欲搭載人員共_____人，體重共約_____公斤。

為提升空中照護品質及強化空中轉診後送審核機制，本人同意以下事項：

1. 由轉診醫院提供衛生福利部空中轉診審核中心(空審中心)有關本人轉診後住院期間病情。
2. 由空審中心透過專線連線至健保雲端資料及衛生福利部電子病歷交換中心系統，查詢本人6個月內就診資料。

病患簽名：_____

※會診醫院

醫院名稱	會診醫師	處置(請於15分鐘內完成)	通知時間
		<input type="checkbox"/> 可接收病人轉診醫院 <input type="checkbox"/> 無法接收：原因_____	

※轉診醫院

醫院名稱	醫師姓名	聯絡電話

聯絡安排情形	是	否	準備中
救護車派遣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急診室部門備妥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術室人員備妥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急重症病房備妥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他：_____			

※申請醫院

院長(或院長授權人)	單位主管	醫師	承辦人	聯絡電話

※內政部消防署救災救護指護中心

單位主管 (或職務代理人)	衛生福利部空中轉診審核中心 TEL: 02-81959119#6809-89127296 FAX: 02-8196-6740-02-8196-6741	受 理 人 員
<input type="checkbox"/> 准予執行 <input type="checkbox"/> 轉請行政院國家搜救 指揮中心支援執行 <input type="checkbox"/> 不符合派遣規定	<input type="checkbox"/> 符合派遣規定 <input type="checkbox"/> 需要飛行於4000英尺以下 <input type="checkbox"/> 不符合派遣規定	
派遣機關	主管(或職務代理人)	審核
		受理人員

※航器接收地點：_____ 航空器後送地點：_____

※未具中華民國籍之緊急傷病患，如因執行我國公務所致，依據「離島地區未具中華民國籍之緊急傷病患後送臺灣本島就醫處理原則」辦理。

公務機關名稱：_____ (含證明文件) 經衛生福利部核准