

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	型號	AED 資訊 (必填)	廠牌	型號	
	序號			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)	報告者姓名(必填)		聯絡電話 (必填)	
		報告日期 (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	病患資料	姓名(若知道)：	病患性別 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 不確定	
		病患年紀 約____歲			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	