

附表三:公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

AED 資訊 (必填)	廠牌	型號
	序號	
<b>1) 報告者資訊</b>		
報告者姓名(必填)	聯絡電話 (必填)	
	報告日期 (必填)	
反應者身分(必填)	<input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
反應者訓練資料 (必填)	<input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ <input type="checkbox"/> 不詳	
<b>2) 事故資訊</b>		
事故地點 (必填)		
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)	<input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
事故描述 (必填)		
<b>3) 病患與急救資訊</b>		
病患資料	姓名(若知道):	病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定
		病患年紀 約____歲
急救模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 其他: 說明 _____	
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)	<input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他: 說明 _____	
病患轉送模式(必填)	<input type="checkbox"/> 119 救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車 _____ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 醫院: _____醫院 <input type="checkbox"/> 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