

# 宜蘭縣二城國民小學校園緊急傷病處理辦法

一、依據：宜蘭縣各級學校緊急傷病處理準則辦理。

二、目的：

- 把握急救原則，於校園中發生傷病事故時，能做適當緊急處理。
- 避免與家長間發生法律糾紛。
- 建立學校災害防救緊急應變系統，迅速處理偶(突)發重大事故。
- 統籌行政支援力量，立即反應做好緊急救護及疏散計劃，俾使災害損失降至最低，並及早完成善後復原工作。
- 增進校園共識。

三、校園中常發生的急症和傷害：

## 特殊疾病：

有少數學生原患有心臟病、腎臟病、糖尿病、癲癇、氣喘、血友病等疾病，可能由於未發覺或未繼續追蹤診治，或未能遵醫囑按時服藥，或老師不知情而令其劇烈運動等致使在校內發病。

## 一般疾病：

一般疾病有暈倒、中暑、熱衰竭、休克、嘔吐、腹痛、頭痛、發燒、流鼻血、經痛等。

## 外傷：

下課時間、課間活動時間或上體育課時因跌倒、碰撞、墮落而導致的骨折、脫臼、扭傷、擦傷、切割傷等；或自然課上實驗時因操作不慎所引起的化學藥品灼傷或燙傷。

四、校園緊急傷病預防機制

- ◎事先的準備。
- ◎注意校園環境安全（人、事、物）。
- ◎建立學生健康資料及緊急事件聯絡單。
- ◎購置適當之急救器材（急救箱、攜帶式人工甦醒器、活動式抽吸器、攜帶式氧氣組、固定器具、運送器具、專用電話、其他救護設備。
- ◎護理人員應完成救護技術訓練至少四十小時以上，取得合格證明並每二年複訓八小時。
- ◎教職員工及學生定期接受基本救命數訓練課程四小時及緊急救護情境演習，並成立急救隊。
- ◎建立意外傷害及急症處理辦法及流程，如附件一。
- ◎建立校區附近緊急醫療聯絡電話及學校教職員工行動電話通訊錄，如附件二。

※ 處理辦法：

**(一) 一般狀況可行動者〔無立即性及繼續性傷害之傷病〕：**

由現場教職員工初步處理（如加壓止血等），並護送至健康中心救護處置。

**(二) 特殊狀況〔有大量傷患、立即性或繼續性傷害或危及生命之虞者〕：**

1. 依緊急傷病事件處理流程表，啟動危機處理小組運作。
2. 由現場教職員工初步處理，並指派人員至健康中心攜帶擔架以利護送，必要時由護理師前往救護。護理師初步處理後轉送各大醫院急救。

**(三) 已無呼吸或心跳者，現場人員立即進行心肺復甦術並立刻連絡 119 救護車送醫，且請他人協助通知護理師到場救護。**

**(四) 午餐中毒事件**

1. 依緊急傷病事件處理流程表，啟動危機處理小組運作。
2. 疑似中毒學生應先集中，並由校護先行初步處理。
3. 尋問較清醒同學中毒可能原因，以供就醫參考。
4. 保存食物、嘔吐物、排泄物等檢體。
5. 非中毒學生應停止放學，至少應留校觀察二小時，最好通知家長帶回，一發現可疑症狀，應隨即送醫。家長接回時也應記錄由何人及何時接回。

**五、行政事項：**

學生疾病、事故傷害之送醫車費及醫療費由總務處統籌辦理。

家境清寒學生或行政事務疏失導致事故傷害，由導師或輔導老師填寫緊急救助金慰問，以幫助需要幫助的學生。

**六、本辦法經校務行政會議通過後實施，修正時亦同。**

製表人

衛生組長

學務主任

校 長

## 宜蘭縣二城國小緊急傷病處理記錄表

年 月 日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_班 座號\_\_\_\_\_ 姓名\_\_\_\_\_ 性別： 男  女  
 出生\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 緊急聯絡人\_\_\_\_\_ 電話\_\_\_\_\_

傷病地點： 教室  操場  運動場  遊樂場  其他\_\_\_\_\_

致傷時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分 目擊者到達現場時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

目擊者：\_\_\_\_\_

致傷原因： 高處墜落  跌倒  撞擊  其他\_\_\_\_\_

### 一、初級評估：

1. 呼吸道是否通暢： 是  否
2. 呼 吸 聲： 有  無 呼吸困難： 有  無
3. 心 跳： 微血管填充： \_\_\_\_\_ 秒（正常數不超過 2 秒）
4. 過去病史： 心絞痛  糖尿病  慢性阻塞肺疾病  外科手術  
 心肌缺氧  高血壓  氣喘  癌症  
 心臟病  腦血管疾病  肝病  過敏  
 心律不整  腎臟病  其他\_\_\_\_\_
5. 露身檢查：外傷： 有 部位\_\_\_\_\_  無  
 出血： 有 部位\_\_\_\_\_  無  
 疼痛： 有 部位\_\_\_\_\_  無
6. 主 訴： 腹痛  抽搐、癲癇  噁心、嘔吐  暈厥、頭暈、頭痛  
 神智異常  昏迷無知覺  吐血  肺部咳血  血、黑便  
 背痛  胸痛、胸悶  呼吸困難  發燒  肢體無力、疼痛  
 陰道出血  排尿困難  其他

### 7. 生命徵象：

時間	RR 呼吸	PR 脈搏	BP 血壓	意 識 狀 況
				<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左_____mm 右_____mm
				<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左_____mm 右_____mm
				<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對痛有反應 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 瞳孔對光反應： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瞳孔是否對稱： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大小：左_____mm 右_____mm

GCS (葛式昏迷指數)				
Time	E(眼睛)	V(聲音)	M(運動)	Score(合計)
時 分				
時 分				
時 分				

備註：Glasgow 昏迷計分

睜開眼睛	聲 音 反 應	運 動 反 應
自動 4	清楚 5	服從指令 6
對聲 3	迷糊 4	局部疼痛 5
對痛 2	不適當的用字 3	(對痛)撤回 4
無 1	不完整的句子 2	(對痛)彎曲 3
	無 1	(對痛)伸張 2
		無 1

### 8. 健康中心處置：

- 包紮止血 頸 圈 夾板固定 維持呼吸 抽吸 CPR：\_\_\_\_\_分鐘  
鼻管給氧 面罩給氧 心理支持 哈姆立克法 長、短背板固定  
糖 水 其他\_\_\_\_\_

### 9. 護理紀錄：

時間	病 情 摘 要	處 理 情 形	簽 名	備 註

### 10. 送醫方式

<input type="checkbox"/> 自送	送醫時間：	送達醫院名稱：	到達醫院時間：	護送人員簽名： 急診人員簽名： 目擊者簽名：
<input type="checkbox"/> 救護車	救護車抵達時間：	救護車人員簽名：		

### 二、次級評估（可在救護車上或緊急處理後再做）：

頭	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 塌陷 <input type="checkbox"/> 瘀血 <input type="checkbox"/> 對稱 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 其他
臉	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 對稱 <input type="checkbox"/> 耳鼻液體流出 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐
頸	<input type="checkbox"/> 氣管偏移 <input type="checkbox"/> 頸後疼痛壓痛（需上頸圈）
鎖骨及上肢	<input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 撓動脈強度 <input type="checkbox"/> 腫脹
腹	<input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 壓痛 <input type="checkbox"/> 硬
骨盆腔	<input type="checkbox"/> 壓痛 <input type="checkbox"/> 不牢固
下肢	<input type="checkbox"/> 瘀血 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脫臼 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 等長 <input type="checkbox"/> 等力
背部	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脫臼

填表

導師

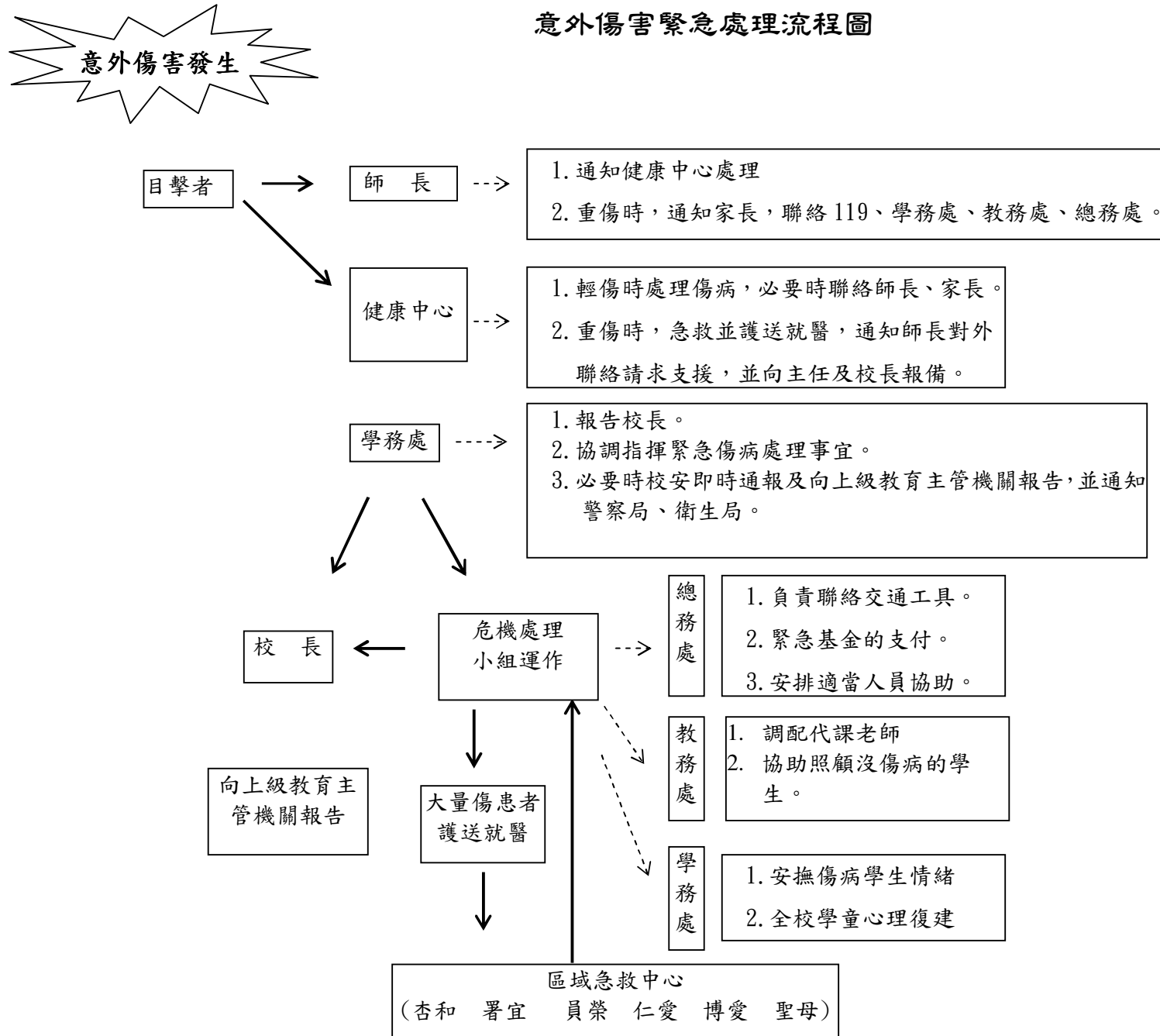
衛生  
組長

學務  
主任

校長

## 意外傷害緊急處理流程圖

-附件二-



### 校區附近緊急醫療聯絡電話

單位	博愛醫院	聖母醫院	宜蘭醫院	員山榮民醫院	仁愛醫院
電話	9543131#1131	9544106	9325192#5192	9222141#305	9330965
容量					
單位	杏和醫院				
電話	9886996				
容量					

### 危機處理小組

組別	召集人	對外發言人	醫護組			
姓名	黃賜福	林庭煌	鄭淑娟(組長)	左宜珍	鄭宛如	林慧軒
手機						
姓名						
手機						
組別	行政組		支援組			
姓名	陳健忠(組長)	蔡宜珍	胡信忠(組長)	潘玉媚	商舒涵	游水謨
手機						
姓名	林學政	邱瓊華				
手機						

### 班級導師

班導			
手機			
班導			
手機			
班導			
手機			
班導			
手機			
班導			
手機			
班導			
手機			

### 支援單位

單位	頭城鎮衛生所	二城派出所	頭城國小	竹安國小	人文國小	礁溪國小
電話	9771034	9883654	9771011	9771178	9773275	9882047

附件一

宜蘭縣 二城 國民小學學生健康資料寄緊急事件連絡卡

一、學生基本資料：

學生姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 出生：\_\_年\_\_月\_\_日

學號：      身分證字號：

家裡電話：\_\_\_\_\_ 住址：\_\_\_\_\_

入學年度：		
年	班	座號
一		
二		
三		
四		
五		
六		

二、家長或監護人

敬愛的家長：

本校為瞭解 貴子弟的健康狀況，期能在校中給予適當的照護，遇有緊急傷病也能迅速與您取得聯繫，以掌握時效，請務必填寫『家長監護人及附近親友姓名、關係、電話、手機號碼』謝謝您！

父親姓名：\_\_\_\_\_ 工作電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_ 工作地點：\_\_\_\_\_

母親姓名：\_\_\_\_\_ 工作電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_ 工作地點：\_\_\_\_\_

請列出兩位鄰居或親近親友的聯絡電話，以便我們聯絡不到您時，能暫託他們照顧 貴子弟！（請列出四~五個不同的電話號碼）

鄰居（親友）姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 與學生關係：\_\_\_\_\_

鄰居（親友）姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 與學生關係：\_\_\_\_\_

三、學童身體狀況調查：(填寫前請詳細看下面特殊疾病參考資料)

(一) 醫師曾經診斷有下列疾病名稱者，則在該年級的內做『』記號

編號	病名	一年級	二年級	三年級	四年級	五年級	六年級
1	目前沒有以下疾病及問題						
2	心臟病						
3	糖尿病						
4	腎臟病						
5	血友病						
6	蠶豆症						
7	肺結核						
8	氣喘						
9	肝炎(A、B、C、D、E)						
10	A：癲癇 B：腦炎						
11	疝氣(部位 左右)						
12	地中海貧血						
13	燒燙傷(部位)						
14	過敏物質(請寫出部位)						
15	重大手術名稱						
16	領有殘障手冊(請影印)						
17	其他						

電話(手機)更改						
----------	--	--	--	--	--	--

(二) 曾經患有的疾病：

請簡述：\_\_\_\_\_

(三) 以上疾病迄今未癒者，請簡述該疾病目前醫療照顧狀況及須共同注意的問題。

請簡述：\_\_\_\_\_

(四) 若未經醫師診斷而有上述疾病現象，或一年內有任何症狀者，也請簡要敘述並提供校方參考。請簡述：\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

家長/監護人 簽章：\_\_\_\_\_

為了維護學童安全及健康，如在學校發生緊急狀況時聯絡不到家長；請提供 貴子弟在學校附近常去就診的健保醫院診所，以便緊急時參考用。

(1) 醫院名稱：	電話：	(2) 醫院名稱：	電話：
(3) 醫院名稱：	電話：	(4) 醫院名稱：	電話：

四、家族疾病史：有或無均請在該年及欄位勾選

編號	病名	一年級	二年級	三年級	四年級	五年級	六年級
1	無						
2	腦瘤/癌						
3	心臟病						
4	高血壓						
5	中風						
6	糖尿病						
7	腎臟病						
8	血友病						
9	蠶豆症						
10	肺結核						
11	氣喘						
12	肝炎(A、B、C、D、E)						
13	A：癲癇 B：腦炎						
14	疝氣						
15	其他						
家長簽章							

註：1. 請依上述說明填寫上列資料，儘速(一週內)交回級任導師彙整，謝謝！

2. 學童若有需要服務者，歡迎直接與學校健康中心護理師連絡。

電話：9771024 轉分機 108

孩子因您的愛而健康茁壯，讓我們一起陪伴他們平安健康、喜悅成長！

二城國小 健康中心 敬啟