

(附表五)

空中轉診申請表

申請日期： 年 月 日

病患基本資料：

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

- 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，導致生命徵象不穩定。
- 脊椎、脊髓嚴重或已導致肢體癱瘓的創傷。
- 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。
- 二度、三度燒傷面積達百分之十或特殊部位：顏面、會陰燒傷
- 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。
- 需立即積極治療（含侵入性治療）的低體溫症。

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一五〇或小於五〇次。

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。

其他非經空中救護，將影響緊急醫療救護時效，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救護人員隨行救護。

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急診部門備妥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

衛生局

單位名稱	局長（或局長授權人）	主管	承辦人員	聯絡電話	通知時間