

## 雲林縣褒忠鄉立幼兒園幼童緊急傷病施救注意事項

一、幼童發生事故傷害或急病時，由在場發現之教保服務人員或其他人員，立即先行急救或將患童送到保健室處理；患者不能移動的情況，通知護理人員立刻到場急救，或撥打 119 求救。如遇護理人員不在園內，教保服務人員應掌握急救時效，依實際狀況需要，予以急救處理或立即送醫。

二、事故傷害或急病發生時，教保服務人員負責與傷患幼童家長立即聯繫。家長未到達前之處理措施：若無法聯絡到家長或家長無法及時到校時，如需送醫應先行將學生送往鄰近學校之醫院或家長指定的醫院醫治，再繼續聯絡、告知家長。協助送醫並陪伴照顧。

三、事故判斷及處理：

(1). 一般狀況:(無立即性或持續性之傷病)教保服務人員先行通知家長，若家長可立即到校者，請家長帶回就醫；無法聯絡家長或家長不便立即到校者，則由護理人員送醫或在保健室留觀。

(2). 特殊狀況:(有立即性或持續性之傷病或危及生命之慮者)由護理人員或發現者做好必要救護處理，並由護理人員立即護送就醫，教保服務人員則聯絡家長至醫院會合，以便將傷患當面交還家長繼續照顧。

四、傷患緊急送醫時，除非家長特別指定醫院外，應送至本園鄰近之三仁醫院，送醫交通工具以汽車為主，嚴重時應即聯絡一一九救護車前來支援。

五、事件發生後，幼童班級之教保服務人員，應記錄事故發生經過及處理過程，陳報園長並知會護理人員記錄於緊急意外事故傷害記錄本。

六、對於緊急送醫就診之幼童，有休克、呼吸困難、頭部外傷、疑似腦震盪、腦挫傷顱內出血、骨折脫臼、較大面積之灼燙傷等重大傷病，護理人員及教保服務人員應協同填報「幼童重大事故傷害記錄單」（如附件）。

日期： 年 月 日

填表者：

基 本 資 料	事故原因： 發生地點： 發生時間：約____時____分	
	學生姓名： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 班級： 班	
情 況 評 估	家長電話： 通知家長人員： 通知家長時間：約____時____分	
	護送人員： <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 其他	
	辦公室—接獲通知時間：約__時__分	救護車—通知時間：約____時____分
	到達現場時間：約____時____分	到達時間：約____時____分
主 述	離開現場時間：約____時____分	離開時間：約____時____分
	送醫地點： 送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 其他	
處 理 過 程	意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應	
	血壓： <input type="checkbox"/> ____/____mmhg 呼吸 <input type="checkbox"/> ____次/分 <input type="checkbox"/> 無	
處 理 過 程	脈搏 <input type="checkbox"/> ____次/分 (測量部位 <input type="checkbox"/> 撓動脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 肱股動脈)	
	瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 對光反應 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
處 理 過 程	體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱____度 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷	
	皮膚： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺	
處 理 過 程	外傷部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 上肢(左右) <input type="checkbox"/> 下肢(左右)	
	<input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 臀 <input type="checkbox"/> 其他	
處 理 過 程	主述者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他	
	<input type="checkbox"/> 暈厥·頭暈·頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 背痛 <input type="checkbox"/> 胸痛·胸悶 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 肢體無力疼痛 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 昏迷無知覺 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 其他	
處 理 過 程		

護理師：

園長：