

## 附件二、漁船船員海上傷病狀態評量表

### 一、基本資料

接獲報案單位		獲報時間	年 月 日 時 分	所在位置座標	
<input type="checkbox"/> 漁業通訊電臺	船名及編號	CT	-	經緯度	相對位置：
<input type="checkbox"/> 海巡署 118 報案專線				緯度	分
患者姓名或身份	性別	申請漁船聯絡方式			
	年齡	<input type="checkbox"/> 行動電話： <input type="checkbox"/> 衛星電話： <input type="checkbox"/> SSB： (請填入通訊頻率)			
<input type="checkbox"/> DSB：					
<b>通報傷病狀況(通報傷病狀況人：<input type="checkbox"/>傷患本人<input type="checkbox"/>船上其他船員<input type="checkbox"/>家屬)</b>					
一、病患主訴：					
發現傷病狀況時間(約)：					
<input type="checkbox"/> 受傷(關鍵資訊)			<input type="checkbox"/> 生病(關鍵資訊)		
一、部位： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 腳 二、傷勢： <input type="checkbox"/> 骨折/斷肢 <input type="checkbox"/> 撕裂/穿刺傷 三、出血： <input type="checkbox"/> 大量失血(噴) <input type="checkbox"/> 失血(滲流) <input type="checkbox"/> 止血 四、意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 出現幻覺或異常 <input type="checkbox"/> 無意識 五、呼吸： <input type="checkbox"/> 順暢 <input type="checkbox"/> 喘/費力 <input type="checkbox"/> 微弱 <input type="checkbox"/> 疼痛 (原則依主訴內容勾選，如無敘及，再進一步詢問)			一、意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 出現幻覺或異常 <input type="checkbox"/> 無意識 二、呼吸： <input type="checkbox"/> 順暢 <input type="checkbox"/> 喘/費力 <input type="checkbox"/> 微弱 <input type="checkbox"/> 疼痛 三、發燒： <input type="checkbox"/> 有(輕微/高燒) <input type="checkbox"/> 無 四、刺激反應： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 對聲光疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 反應遲鈍 五、心跳脈搏： <input type="checkbox"/> 異常(過快或過慢) <input type="checkbox"/> 正常 (原則依主訴內容勾選，如無敘及，再進一步詢問)		
其他 (次要資訊)		※曾患病史： <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 高/低血壓 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 ※藥物過敏：(1) <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 盤尼西林 <input type="checkbox"/> 磺胺類 <input type="checkbox"/> 抗組織胺類 (2) <input type="checkbox"/> 無、不清楚 ※其他描述：			

### 二、醫療評量結果(由醫療機構填寫)

醫師諮詢評估方式	
<input type="checkbox"/> 依通報單位填具之「通報傷病狀況」評估 <input type="checkbox"/> 需進一步諮詢： 1、諮詢方式： <input type="checkbox"/> 透過漁業通訊電臺以無線電通訊設備代詢 <input type="checkbox"/> 由報案漁船以衛星電話或行動電話直接聯繫醫療機構 2、所獲傷病資訊：	
醫師評量建議	醫療機構
<input type="checkbox"/> 病患有立即就醫需要 <input type="checkbox"/> 尚無立即危險，建議應持續追蹤觀察 <input type="checkbox"/> 救援時應注意事項：	醫院： 醫師： 時間：
※倘評量建議為「有立即就醫需要」，請同時傳送海巡署及漁業署	
醫療機構完成本表後請傳送	
經漁業通訊電臺通報案件 請傳回原通報之漁業通訊電臺 傳真： 電話：	經海巡署 118 專線通報案件 請傳回海巡署海洋巡防總局 傳真：02-2805-1357 (24 小時) 電話：02-2805-1094
(24 小時)	

附件三、漁船船員海上傷病狀態評量表(補充諮詢表)

患者姓名：

需詢問事項 (由醫師填寫)	詢問結果
傳送時間： 年 月 日 時 分 簽名或蓋章：	回傳時間： 年 月 日 時 分 回報單位：
本表請依醫師所填需詢問事項逐條對應填寫。	