**公共場所必要緊急救護設備管理辦法**

                                                              102年7月11日衛署醫字第1020202525號令發布

 第一條  本辦法依緊急醫療救護法（以下稱本法）第十四條之一第三項規定訂定之。

第二條  本辦法用詞，定義如下：

1. 公共場所必要緊急救護設備：指放置於公共場所，提供民眾使用急救突發性心跳停止

之設備。

1. 自動體外心臟電擊去顫器(Automated External Defibrillator，以下簡稱AED)：指經中央衛生福利主管機關查驗登記，取得輸入或製造許可證，具備電腦自動判讀個案心臟搏動及體外電擊去顫功能之設備。

第三條  公共場所必要緊急救護設備項目，包含AED或其他經中央衛生福利主管機關公告之設

 備。

第四條  公共場所設置AED後，應上傳至中央衛生福利主管機關指定之資料庫(資料庫登錄表如

 附表一），登錄資料送所在地直轄市、縣(市)衛生主管機關備查後，轉該所在地消防

 主管機關登錄於救災救護指揮中心；其異動時，亦同。

第五條  公共場所設置AED時，應符合下列規定:

1. AED應置放於場所內明顯、方便取得使用之處，並附AED操作程序。
2. 應於該場所平面圖上標示AED位置，並於重要入口、AED置放處設有明顯指示標示(標

三、 示樣式及顏色如附件二)。

  四、 應有保護外框、警報及警鈴功能。

第六條  設置AED場所應指定管理員，負責AED之管理；管理員應接受並完成心肺復甦術及AED

 相關訓練，並每二年接受複訓一次。

第七條  設置AED場所應定期檢查AED電池、耗材有效日期及其功能，維持機器正常運作，並

 製作檢查紀錄，妥善保存備查；其保存期間，至少二年。AED每次使用結束，應補充

 當次耗材。

第八條  使用AED急救結束，設置AED場所應填寫AED使用紀錄表(如附表三)。

     前項紀錄表及AED使用之電子資料，應於急救事件結束七日內，郵寄中央衛生福利主

 管機關備查。

第九條  中央衛生福利主管機關應製作AED訓練教學內容，供宣導訓練。

第十條  設置AED之公共場所，其直轄市、縣（市）目的事業主管機關應對該場所AED之管理，

 進行檢查或抽查。

     前項檢查或抽查，該公共場所之負責人及從業人員不得規避、妨礙或拒絕，並應提供

 必要之協助。

第十一條經公告應設置AED之公共場所，應自公告之日起一年內完成設置，未置有AED或其他必

 要之緊急救護設備者，或設置而無明顯標示者，該公共場所之直轄市、縣（市）目的事

 業主管機關應加以勸導，並命其限期改善；屆期未改善者，應將名單報中央各目的事業

 主管機關督導改善。

第十二條直轄市、縣（市）地方衛生主管機關得辦理AED安心場所之認證。

    設置AED場所百分之七十員工完成接受AED相關訓練者，得向地方衛生主管機關申請前

 項認證，通過認證者，核發證書(樣式如附件四)，其有效期限為三年；期限屆滿前，應

 重新申請認證，屆期未申請認證者，其原證書失其效力。

第十三條設置AED之公共場所，其各級目的事業主管機關對於設置AED訓練、宣導及推廣等相關

 實務，績效卓著者，得加以表揚或獎勵。

    前項表揚或獎勵之條件、適用範圍、審查基準及其他相關事項，由各級目的事業主管機

 關定之。

第十四條本辦法自發布日施行。

|  |
| --- |
|   **附表一** **公共場所自動體外心臟電擊去顫器(AED) 登錄表** |
| **1) 場所資訊** |
| 場所名稱全名(必填) | 員工總人數:        人 |
| 場所名稱關鍵字索引(必填) | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| 場所地址 (必填) | 縣      市鄉      村里      路    段    巷    號之 ，  樓  室市      區鎮        鄰      街          弄              |
| 場所經緯度 (選填) | 經度 | 緯度 |
| 場所類型 (必填) | □ 1. 交通要衝：機場、高鐵站、二等站以上之台鐵車站、捷運站、轉運站、高速公路服 務區、港區旅客服務區。□ 2. 長距離交通工具：高鐵、十九人座以上航空器、總噸位一百噸以上或乘客超過一百 五十人之客船等交通工具。□ 3. 觀光旅遊地區：國家級風景區及直轄市、縣（市）政府主管之風景區、國家公園、 森林遊樂區、開放觀光遊憩活動水庫、民營遊樂業、文化園區、農場及其他等觀光 旅遊性質地區。□ 4. 學校、大型集會場所或特殊機構:高中以上之學校、法院、立法院、議會、健身或運 動中心、殯儀館、軍營。□ 5. 休閒場所：電影片映演場所（戲院、電影院）、節目錄影帶播映場所、視聽歌唱場 所、演藝廳、體育館（如小巨蛋）、圖書館、博物館、美術館。□ 6. 購物場所：大型商場（包括地下街）、賣場、超級市場、福利站及百貨業。□ 7. 旅宿場所：旅館、飯店、招待所。□ 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。□ 9. 其他: 說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 場所描述 (選填) |   |
| 場所網址 (選填) |   |
| **2) AED地點資訊** |
| AED經緯度 (選填) | 經度 | 緯度 |
| AED置放地點 (必填) |    |
| AED地點描述(必填) |    |
| AED開放使用? (必填) | 上班營業時間：□ 星期一至星期五\_\_\_:00 至 \_\_\_:00□ 星期六\_\_\_:00 至 \_\_\_:00□ 星期日\_\_\_:00 至 \_\_\_:00□ 星期\_\_\_\_\_\_公休 |
| **3) 管理員資訊** |
| 管理員 姓名 (必填) |   | 聯絡電話(必填) |
| 電子信箱(選填) |
| 開放時間緊急聯絡電話(必填) |   |
| 管理員AED相關訓練 |   |
| **4) AED 產品資訊** |
| 經銷商名稱 (必填) |   | 聯絡電話(必填) |
| AED廠牌、型號與序號(必填) | 廠牌 | 型號 |
| 序號 |
| AED 設置日期 (必填) | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| AED 保固期限 (必填) | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |

**附件二 AED指示標示圖**

****

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

**衛生福利部 Copyright 2012 MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE, R.O.C. (Taiwan)
地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號**