

高雄市政府衛生局 115 年度醫院督導考核評核表【現場查核】

評核項目		醫政管理業務	評核日期	年	月	日
受 評 醫 院	機構名稱					
	機構代碼		原始開業	年	月	日
	承辦單位		承辦人員			
			聯絡電話			
衛生局 承辦單位		醫政事務科	承辦人員			
			聯絡電話	(07)713-4000#_____		

【診療科別】

科別	設置 狀況	專科 醫師數	科別	設置 狀況	專科 醫師數
西醫			精神科	☐	
家庭醫學科	☐		復健科	☐	
內科	☐		麻醉科	☐	
外科	☐		放射診斷科	☐	
兒科	☐		放射腫瘤科	☐	
婦產科	☐		解剖病理科	☐	
骨科	☐		臨床病理科	☐	
神經外科	☐		核子醫學科	☐	
泌尿科	☐		急診醫學科	☐	
耳鼻喉頭頸外科	☐		職業醫學科	☐	
眼科	☐		整形外科	☐	
皮膚科	☐		重症醫學科	☐	
神經科	☐		感染科	☐	
牙醫					
口腔顎面外科	☐		鑲復補綴牙科	☐	
口腔病理科	☐		牙體復形科	☐	
齒顎矯正科	☐		家庭牙醫科	☐	
牙周病科	☐		特殊需求者口腔醫學科	☐	
兒童牙科	☐		植牙科	☐	
牙髓病科	☐		牙醫一般科	☐	
中醫			中醫一般科	☐	

【醫事人員】

醫事人員	應有人數	實有人數	系統執登數	醫事人員	應有人數	實有人數	系統執登數
醫師				護理師			
中醫師				護士			
牙醫師				助產士			
藥師				醫事檢驗師			
藥劑生				醫事檢驗士			
醫事放射師				物理治療師			
醫事放射士				物理治療生			
職能治療師				驗光師			
職能治療生				驗光生			
語言治療師				聽力師			
呼吸治療師				諮商心理師			
營養師				臨床心理師			
牙體技術師				病歷管理人員			
社會工作人員				其他技術人員			

【病床】

項目	開放數	實有數	項目	開放數	實有數
一般病床					
急性			精神急性		
慢性			精神慢性		
特殊病床					
加護病床			腹膜透析床		
燒傷病床			戒護病床		
嬰兒床			手術恢復床		
安寧病床			急性後期照護病房		
嬰兒病床			急診觀察床		
亞急性呼吸照護病床			整合醫學急診後送病房		
血液透析床			正壓隔離病床		
慢性呼吸照護病床			負壓隔離病床		
普通隔離病床			司法精神病床		
性侵害犯罪加害人強制治療病床			燒傷加護病床		
			骨髓移植病房		

【設施】

項目	登記數量	實有數	項目	登記設置	現場設置
門診診療室			產檯		
手術檯			牙科診療台		
項目	登記設置	現場設置	項目	登記設置	現場設置
調劑設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	放射線設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
物理治療設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	職能治療設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
語言治療設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	聽力設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
牙體技術設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	驗光設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
檢驗設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	血庫檢驗設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
解剖病理設施	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	供應室	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

【建議事項】

衛生局查核人員簽章	醫院受評代表簽章
------------------	-----------------

壹、醫療機構設置標準及登記事項

【本大項為必要項目，其中任一小項未符合即為不合格，評等不得列於甲等以上。】

1.登記事項及設置標準	
評核項目	評核/自評
1.1 醫事人力配置符合醫療機構設置標準。	☐ 是 ☐ 否
1.2 醫事人力配置與醫事管理系統相符。	☐ 是 ☐ 否
1.3 登記科別、床位及設施符合醫療機構設置標準。	☐ 是 ☐ 否
1.4 登記科別、床位及設施與醫事管理系統相符。	☐ 是 ☐ 否
1.5 建築物使用執照為 F1-醫院用途。	☐ 是 ☐ 否
1.6 平面配置圖與現場實際狀況相符。	☐ 是 ☐ 否
1.7 醫療機構市招所示機構名稱，與開業執照相符。	☐ 是 ☐ 否
2.其他查核事項	
評核項目	評核/自評
2.1 設置兒童遊樂設施且有定期環境清潔消毒 【倘有設置，請另行查核是否符合童遊樂設施安全管理規範】	☐ 是 ☐ 否 ☐ NA
2.2 醫事人員執業執照更新是否有提醒機制(如：簡訊、電子郵件)。	☐ 是 ☐ 否
2.3 醫事人員離職或停業證明書內容有文字提醒機制。	☐ 是 ☐ 否
3.第壹大項綜合建議事項	
1.本大項未符合項目請於 115 年____月____日前完成改善。	
衛生局查核人員簽章	醫院受評代表簽章

貳、配合衛生福利部政策與醫療法規定【4分】

1.醫療機構收費之管理【4分】					
評核項目				得分	
1.1 醫療收費資訊應揭示於機構明顯處。				☐ 是【1分】	☐ 否
1.2 收據核實開立、完整性。				☐ 是【0.5分】	☐ 否
1.3 有收取生活照護費或其相關費用管理且已報衛生局備查。【未向病人收取生活照護費或未設RCC、RCW免評】				☐ 是【0.5分】	☐ 否 ☐ NA
1.4 公告掛號費金額。【掛號費金額：_____】				☐ 是【1分】	☐ 否
1.5 未有違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。				☐ 是【1分】	☐ 否
現場抽查	自費項目名稱：				
	醫院收費金額：				
	本局核定金額：				
評核項目 2.1.1-2.1.5：應得____分，實得____分					
2.第貳大項綜合建議事項					
1.本大項應得____分，實得____分。					
衛生局查核人員簽章			醫院受評代表簽章		

參、醫療品質與病人安全作業【43分】

1.促進醫療人員間團隊合作及有效溝通(5分)	
評核項目	得分
1.1 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作(2分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
評核標準： 1.醫院對於影響病人安全的重大政策訂立訊息發布與傳遞的機制。 2.醫院應推動團隊合作訓練，並發展於重要醫療情境的醫療團隊合作策略，尤其是於環境快速變動時。 3.醫院訂定醫療人員交接班之標準作業程序，醫療人員間訊息傳遞時採口頭及文字等多重方式，並有釐清疑問的機制。 4.醫院應建立生命徵象監測儀器及維生設備之警示系統（alarm system）安全管理。 5.建立醫療團隊間溝通模式，強化團隊合作的概念與行動。	
1.2 落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業(1.5分)。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
評核標準： 1.醫院應訂定病人運送標準作業程序，包括運送風險評估、人力、設備與運送流程，以確保運送途中病人安全及訊息傳遞正確。 2.醫院應訂定雙向轉診流程，包括病人重要訊息正確傳遞及回饋機制。 3.醫院應訂定檢查、檢驗危急值報告，及具有臨床意義之病理、放射報告等重要警示結果及時通知機制，並有評估及檢討。 4.跨機構間對於檢查、檢驗危急值報告，及具有臨床意義之病理、放射報告等重要警示結果應有機制，確保能夠正確、及時通知主要醫療照護人員。	
1.3 加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確(1.5分)。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
評核標準： 1.醫院應訂定「困難溝通病人」之範圍。 2.建立於困難溝通情境之病人的辨識原則及方式。	
評核項目 3.1.1-3.1.3：應得 <u>5</u> 分，實得 _____ 分	
2.營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理(6分)	
評核項目	得分
2.1 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議(2分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
評核標準： 1.積極營造病安文化，定期辦理病人安全文化調查並分析與改善。 2.營造病人安全優先的組織文化，鼓勵員工主動提出對病安的顧慮及建議。 3.醫院應確保環境的安全，以降低潛藏風險。	
2.2 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害(2分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
評核標準： 1.醫院應建立機制提升員工韌性，及早辨識、預防及因應壓力產生之耗竭。 2.醫院應建立友善支持的執業環境，透過制度的持續改善，使員工安心工作。 3.施行防範醫療暴力風險控管，以防止醫療場所人員遭受暴力。 4.落實勞動部規定之職場不法侵害預防(如：SOP、PDCA等)。	

評核項目	得分
2.3 鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效(2分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
評核標準：	
1. 醫院應對全院所有員工（含外包人員）加強病人安全觀念的宣導，並依據單位層級特性給予適性的繼續教育，營造不苛責的病人安全通報制度。 2. 醫院應定期檢討病人安全通報事件，必要時進行根本原因分析，並根據分析結果提出具體可行之改善措施，避免類似事件重複發生。 3. 醫院應建立醫療資訊相關的病人安全事件通報與風險管理。 4. 積極參與台灣病安通報系統，並主動分享經驗，以達到共同學習的目的。 5. 積極參與醫療器材不良事件通報。 6. 提升人因工程等跨領域相關專業，以促進病人安全。	
評核項目 3.2.1-3.2.3：應得 <u>6</u> 分，實得 _____ 分	
3.提升手術安全(7分)【☐未執行手術，本項免評】	
評核項目	得分
3.1 落實手術辨識流程及安全查核作業(2分)。	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核標準：	
1. 落實病人辨識及手術部位標記及辨識。 2. 手術安全查核項目應包括：術前照護、病人運送、擺位、感染管制、各項衛材之計數、儀器設備、放射線使用、正確給藥、輸血、檢體處理及運送等安全作業。	
3.2 落實手術輸、備血安全查核作業(1.5分)。【未設手術室者，本項免評】	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核標準：	
1. 建立系統性策略，確保輸血安全。 2. 手術及麻醉醫師應於手術前評估病人是否有凝血及高失血量風險，並有因應措施。	
3.3 落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作(1.5分)。【未設手術室者，本項免評】	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核標準：	
1. 應由麻醉專科醫師負責麻醉前評估、麻醉中的生理監控及手術後的恢復，並訂有標準作業流程。 2. 麻醉機、各類監視器及麻醉藥物之管理及使用應建立標準機制。 3. 運用實證醫學最佳的策略，由跨領域團隊落實手術麻醉的整合照護，提升病人手術安全。	
3.4 預防手術過程中不預期的傷害(1分)。	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核標準：	
1. 應依病人特性、術式及手術時間，給予適當減壓措施，避免發生壓力性損傷。 2. 手術過程中，應注意熱源及易燃物之使用，並有適當防護，避免發生燒燙傷。 3. 確認手術器械的可用性及安全性。	
3.5 落實手術室人員管理(1分)。	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核標準：建立手術室人員管理機制。	
評核項目 3.3.1-3.3.5：應得 _____ 分，實得 _____ 分	

4. 預防病人跌倒及降低傷害程度(6 分)	
評核項目	得分
4.1 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度(1.5 分)。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ：團隊合作提供安全的醫療照護與環境，以降低跌倒後傷害程度為優先改善方向。	
4.2 評估及降低病人跌倒風險(2 分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ： 1. 對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育。 2. 定期檢討風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人。 3. 針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施。	
4.3 跌倒後檢視及調整照護計畫(1 分)。	應得 <u>1</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ： 1. 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施。 2. 醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施。 3. 針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施。	
4.4 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導(1.5 分)。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ： 1. 出院準備服務應包括跌倒高危險群之預防跌倒和預防或改善衰弱相關措施。 2. 出院時，應提供跌倒高危險之病人及其主要照顧者預防跌倒及衰弱的護理指導，並確認其理解及執行。	
評核項目 3.4.1-3.4.4：應得 <u>6</u> 分，實得 _____ 分	
5. 落實感染管制(6 分)	
評核項目	得分
5.1 落實人員之健康管理(1 分)。	應得 <u>1</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ： 1. 應建置完善及可近性的手部衛生設備，落實執行手部衛生。 2. 應透過各種方式宣導並落實確認正確的手部衛生時機及方式。 3. 落實人員健康管理。 4. 訂有重大疫情的準備及因應機制。	
5.2 加強抗生素使用管理機制(2 分)。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ： 1. 醫院應由管理領導階層支持，訂有基本的抗生素管理機制。管理範圍需涵蓋門診及預防性抗生素使用。 2. 應設立跨部門抗生素管理小組。	
5.3 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染(1 分)。【未有下方管路之病人者，本項免評】	應得 _____ 分 實得 _____ 分
<u>評核標準</u> ：對於使用中心導管、留置性尿路導管、呼吸器及手術病人，建議推廣組合式照護（Care Bundles）介入措施。	

評核項目	得分
5.4 定期環境清潔及監測清潔品質(1 分)。 <u>評核標準</u> ：醫院訂有合適的環境清潔管理。	應得 <u>1</u> 分 實得 _____ 分
5.5 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制(1 分)。 <u>評核標準</u> ：落實醫材、器械的清潔、消毒或滅菌流程與管理且建立重複使用醫材器械安全管理。	應得 <u>1</u> 分 實得 _____ 分
評核項目 3.5.1-3.5.5：應得 _____ 分，實得 _____ 分	
6.提升管路安全(5 分)【☐無收治管路病人者，本項免評】	
評核項目	得分
6.1 落實侵入性管路之正確置放(2 分)。 <u>評核標準</u> ： 1.醫院應建立侵入性管路使用之評估措施，包括置放位置之確認及留置之必要性。 2.應提升醫療人員對於困難呼吸道（difficult airway）處置能力，並建立支援應變機制。	應得 _____ 分 實得 _____ 分
6.2 提升管路照護安全及預防相關傷害(3 分)。 <u>評核標準</u> ： 1.確認管路正確連接。 2.確實執行管路放置及移除之標準作業規範。 3.應制定管路異常事件的預防和處理機制，並強化人員的應變能力。	應得 _____ 分 實得 _____ 分
評核項目 3.6.1-3.6.2：應得 _____ 分，實得 _____ 分	
7.改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作(5 分)	
評核項目	得分
7.1 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道(1.5 分)。 <u>評核標準</u> ： 1.與病人相關的作業，宜有機制蒐集病人及家屬意見且醫療人員應營造信任的溝通氣氛。 2.鼓勵病人及其家屬主動說出對其所接受的治療與處置之任何疑問。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
7.2 運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策(1.5 分)。 <u>評核標準</u> ： 1.支持及鼓勵醫療人員及民眾參與醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM）。 2.醫療團隊宜以病人需求為考量，進行醫病共享決策。 3.運用多元模式，以資訊科技協助改善醫病溝通。	應得 <u>1.5</u> 分 實得 _____ 分
7.3 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能(2 分)。 <u>評核標準</u> ： 1.醫療團隊於病人住院中及出院前，應評估主要照顧者需要的照護知能，並適時提供衛教指導。 2.醫院應能提供照顧者取得照護知能的教育資源或可提供協助之機構或人員。	應得 <u>2</u> 分 實得 _____ 分
評核項目 3.7.1-3.7.3：應得 <u>5</u> 分，實得 _____ 分	

8.維護孕產兒安全(3分)【 ☐ 未提供生產業務，本項免評】	
評核項目	得分
8.1 落實產科風險管控(1分)。 <u>評核標準：</u> 1.能辨識高危險妊娠並有風險評估及處理能力。 2.醫院應建立孕產兒監測儀器及藥物管理機制。	應得_____分 實得_____分
8.2 維護孕產婦及新生兒安全(1分)。 <u>評核標準：</u> 1.及早辨識與預防生產前後併發症。 2.建立民眾孕產過程正確保健觀念。	應得_____分 實得_____分
8.3 預防產科相關病人安全事件(1分)。 <u>評核標準：</u> 1.醫院應對全院員工加強生產事故通報宣導。 2.醫院應定期檢討孕產兒風險管控。	應得_____分 實得_____分
評核項目 3.8.1-3.8.3：應得_____分，實得_____分	
9.第參大項綜合建議事項	
1.本大項應得_____分，實得_____分。	
衛生局查核人員簽章	醫院受評代表簽章

肆、安全的就醫環境【8分】

1.工務局評核	
評核項目	得分
1.1 依規定申報建築物公共安全檢查。	☐ 是【1分】 ☐ 否
1.2 逃生門、逃生通道等避難動線無堆置物品且維持暢通。	☐ 是【1分】 ☐ 否
1.3 目前建物之使用現況與使用執照登載用途相符	☐ 是【1分】 ☐ 否
2.消防局評核	
評核項目	得分
2.1 每半年實施消防安全設備檢修申報一次且有完整紀錄	☐ 是【1分】 ☐ 否
2.2 依規定設有消防安全設備，且相關設備皆有定期檢查紀錄	☐ 是【1分】 ☐ 否
2.3 使用附有防焰標示之地毯、窗簾、布幕、展示用廣告板及其他指定防焰物品。	☐ 是【1分】 ☐ 否
3.衛生局評核	
評核項目	得分
3.1 投保公共意外責任險，且其保單狀態為有效期限內。	☐ 是【1分】 ☐ 否
3.2 現場抽查環境未設有針孔攝影機。【抽查地點：_____】	☐ 是【1分】 ☐ 否
4.第肆大項綜合建議事項	
1.本大項應得_____分，實得_____分。	
工務局/消防局/衛生局查核人員簽章	醫院受評代表簽章

伍、急救責任醫院品質管理【20分】

1.急診醫療品質【3.5分】			
評核項目	應備佐證資料	說明及建議	得分
1.1 上次督考項目改善情形。	請說明改善情形並檢附相關佐證資料	1.如無法改善者應說明合理原由。 2.如於 114 年曾辦理緊急醫療能力分級評定效期延續，並受有本局回函行政指導事項者，應納入說明改善情形。	☐ 是【1分】 ☐ 否【0分】
1.2 建立急診人、物力調度措施及改善急診壅塞計畫。 評核標準： 1. 訂有急診壅塞回報及協調機制。 2. 訂有急診(或全院)人、物力支援措施並加速排除扣押 119 擔架之情況： (1) 一般級醫院<2 小時 (2) 中度級醫院<4 小時 (3) 重度級醫院<6 小時 3. 訂有大量傷病患人員召回機制並演練	1.請提供 1、3 項佐證資料 2.第 2 項依本局稽核紀錄為準(免備資料)	1.請說明 115 年上半年(1-6 月)急診壅塞情形(含針對下列指標進行分析)，若以下指標(1)比率大於 1、指標(2)與去年度比較高、指標(3)重度級>6 小時;中度級>4 小時;一般級>2 小時，請醫院訂定短、中、長期改善計畫，連同壅塞時院內回報及協調機制等應變措施，於督考後 30 日內函報本局。 2.急診壅塞指標： (1) 急診病人待床人數占急診留觀床數之比率(比率大於1) (2) 急診留觀或等待住院超過24及48小時比率(與去年度比較高) (3) 急診暫留救護車擔架時數異常(重度級>6小時;中度級>4小時;一般級>2小時) 3.第 2 項查核資料時間為 114 年 11 月至考核日前 1 月	☐ 是【1分】 ☐ 符合評核標準 1、3 項目【0.5 分】 ☐ 2 項以上未符合【0分】
1.3 急診外傷照護品質。 評核標準： 1. 落實外傷小組啟動，如有應啟動而未啟動者應提交適當會議檢討改善。【無外傷小組免評】 2. 落實外傷患者轉送前之必要處置、聯繫及交通工具與隨車人員之安排。	1.請提供 ISS 大於 16(含)以上個案之病歷清單 2.請提供符合外傷小組啟動標準而未啟動個案之病歷及檢討會議紀錄 3.請提供 ISS 大於 16(含)以上個案或檢傷一、二級之外傷上(平)轉個案病歷清單 4.請預先安排現場病歷抽調相關事宜	1.第 1 項以醫院自訂之啟動標準為準。 2.檢討會議紀錄如係因定期會議尚未召開而無法出示，請提供過往相關會議紀錄。 3.緊急外傷且須轉出繼續治療之個案，轉出前應予必要處置，並依緊急傷病患轉診實施辦法辦理。 4.查核資料時間為 114 年 1 月至考核日前 1 月。	☐ 是【1.5分】 ☐ 1 項未符合【0.5 分】 ☐ 2 項未符合【0 分】 ☐ 不適用第 1 項(無外傷小組)
評核項目 5.1.1-5.1.3：應得_____分，實得_____分			

2.急診暨加護病房轉診作業【2.5 分】

評核項目	應備佐證資料	說明及建議	得分
2.1 加護病房轉歸。 評核標準： 1. 於加護病房 AAD 離院但主動表示欲至他院就醫之病患，應予記載於病歷，並依轉診相關規定辦理。 2. 於加護病房 AAD 返家者，如已宣告死亡及開立死亡診斷書，不得使用救護車載送。	1.請提供加護病房 AAD 病歷號清單，並載明轉歸動向 2.請預先安排現場病歷抽調相關事宜	查核資料時間為 114 年 1 月至考核日前 1 月。	☐是【1 分】 ☐1 項未符合【0.5 分】 ☐2 項以上未符【0 分】
2.2 提升急重症及加護病房轉診品質評核標準：非特定疾病轉院應詳實填寫轉院原因並歸類分析。	1.請提供 114 年 1 月至考核日前 1 月轉診清冊及原因歸類分析(依轉診網絡轉診原因為主)，並同步提供歸類其他病歷清單 2.請預先安排現場病歷抽調相關事宜。	查核資料時間為 114 年 1 月至考核日前 1 月。	☐是【0.5 分】 ☐否【0 分】
2.3 急診兒科處置暨轉診品質。 評核標準：未設急診兒科或無兒科專科醫師看診者，針對 18 歲以下轉診個案是否落實檢視評估。	1. 請提供18歲以下就醫患者退掛清單 2. 請預先安排現場病歷抽調相關事宜	1.遇有 18 歲以下就醫患者，無論是否設有急診兒科或有無兒科專科醫師駐診，均應先行檢視評估，視需要再行辦理轉診作業，不得勸離或逕予要求赴他院就醫。 2.掛號與否不得作為是否完成轉診流程之依據。 3.查核資料時間為 114 年 1 月至考核日前 1 月。	☐是【1 分】 ☐否【0 分】
評核項目 5.2.1-5.2.3：應得_____分，實得_____分			

3.緊急醫療相關資訊自動登錄作業【11分】

評核項目	應備佐證資料	說明及建議	得分
3.1 緊急醫療相關資訊自動登錄。 評核標準： 1. 完成急診即時檢傷人數自動介接作業並排程(每 30 分鐘)上傳。 2. 完成解毒劑指定項目可調用量排程上傳(每 30 分鐘)。 3. 完成急重症 API 上傳或手動通報(AMI、Trauma、CVA、OHCA、Aortic dissection、急診死亡外傷個案登錄定期(每月 5 或 15 日前)。 4. 律定前開自動通報項目異常之 24 小時單一聯繫窗口及查修流程。 5. 於本局通知異常後，於 7 個工作天內改善完畢。	依本局稽核紀錄為準(免備資料)	查核區間為 114 年考核日至 115 年考核日前 1 日。	☐ 是【7 分】 ☐ 1 項未符合【4 分】 ☐ 2 項未符合【2 分】 ☐ 3 項以上未符【0 分】 缺_____ _____ _____ (請填寫缺少項目)
3.2 緊急醫療管理系統自動通報。 評核標準： 1. 確實更新系統之責任醫院基本資料。 2. 落實衛生福利部律定之自動通報項目《本局通知後至查核當天(不含)之前已改善者，不予扣分》。 3. 配合本局辦理之緊急醫療管理系統及 EMOC 平台之災害演習。			☐ 是【4 分】 ☐ 1 項未符合【2 分】 ☐ 2 項以上未符【0 分】 缺_____ _____ _____ (請填寫缺少項目)
評核項目 5.3.1-5.3.2：應得_____分，實得_____分			

4.轉院救護車品質管理【1分】

評核項目	應備佐證資料	說明及建議	得分
4.1 轉院救護車管理。 評核標準： 1. 於急診明顯處張貼本市救護車收費標準。 2. 轉院救護紀錄表應歸入病歷保存或可隨時併同病歷共同調閱，並落實填寫。 3. 因病情須繼續治療而轉診個案，如不願使用救護車，應落實風險告知。	1. 請提供考核前1個月轉出(上、平轉)個案清單，並載明離院方式 請預先安排現場病歷抽調相關事宜	1. 急救責任醫院應協助轉診病患選擇及安排適當之救護運輸工具。 2. 救護紀錄表應併同病歷保存，並應記載必要資訊，含患者資料、勤務過程相關日期時間、病況、救護/醫療/家屬相關人員簽署、執行勤務之機構名稱及車牌號碼等。	☐ 是【1分】 ☐ 1項未符合【0.5分】 ☐ 2項以上未符合【0分】

評核項目 5.4.1：應得_____分，實得_____分

5.配合政策推動【2分】

評核項目	應備佐證資料	說明及建議	得分
5.1 配合到院前心電圖判讀作業。 評核標準：請說明院內輪值機制及協調概況	免備資料	依據本局112年度第2次緊急醫療救護諮詢小組會議決議暨112年10月25日高市衛醫字第11241450700號函辦理。	☐ 是【0.5分】 ☐ 否【0分】 ☐ 不適用
5.2 毒化災緊急醫療應變建置。 評核標準： 1. 建立毒化災傷患處置流程(含沖洗、轉院等機制)。 2. 派員參與毒化災應變等相關課程。	請提供第1、2項佐證資料	1.依據衛生福利部高屏區緊急醫療應變中心113年度第二次教育訓練執行訓練委員會議紀錄辦理。 2.查核區間為114年考核日至115年考核日前1日。	☐ 是【1.5分】 ☐ 1項未符合【0.5分】 ☐ 否【0分】

評核項目 5.5.1-5.5.2：應得_____分，實得_____分

6.第伍大項綜合建議事項

1.本大項應得_____分，實得_____分。

衛生局查核人員簽章

醫院受評代表簽章