**高雄市政府衛生局醫院緊急災害應變演練評核表**

**114/04/18 -6版-**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受檢醫院：** | | | **查核日期： 年 月 日 /查核時間：** | | |
| **演練重點** | **評核項目** | | **醫院自評** | **評核建議** | **備註** |
| **實地演練評核項目** | | | | | |
| **演練準備** | **1** | **1-1是否有HICS架構中之指揮官或相當層級代理人全程參與演練?** | □是□否 |  | 註：請準備紙本或電子資料供委員參閱。 |
| **1-2演練情境是否想定於夜間或假日(人力最少之時刻) ?** | □是□否 |  |
| **1-3是否檢附該院HICS架構圖?** | □是□否 |  |
| **1-4是否檢附區域之水平、垂直疏散及重要規劃區域(如家屬及媒體接待區、指揮中心成立地點等)之路線圖說?** | □是□否 |  |
| **1-5醫院是否於適當地點張貼樓層平面圖?** | □是□否 |  |
| **1-6醫院是否於適當地點裝設避難引導標示?** | □是□否 |  |
| **1-7是否檢附114年度預定教育訓練期程?** | □是□否 |  |
| **1-8緊急供電設備是否做過有載/無載斷電測試?(請提供紀錄佐證)** | □是□否 |  |
| **1-9是否依113年訪查委員意見適當修正？** | □是□否 |  |
| **災害緊急應變**  **-**  **初期** | **1** | **1-1自衛消防編組是否有可辨識之衣物或配件?** | □是□否 |  | R：救人  A：通報  C：侷限火煙  E：初期滅火 |
| **1-2有無依RACE原則執行初期緊急應變?** | □是□否 |  |
| **1-3有無適當限縮火災範圍?** | □是□否 |  |
| **2** | **2-1有無即時通報?(含院內/消防/警察/衛生局/EMOC)** | □是□否 |  |  |
| **2-2有無指定專人報案？** | □是□否 |  |
| **3** | **3-1現場有無指揮官?與指揮官溝通是否順遂？** | □是□否 |  |  |
| **3-2現場有無使用通訊設備(含平面及遠距)?(請現場操作)** | □是□否 |  | 註：平面如大聲公、遠距如無線電 |
| **4** | **4-1是否啟動火警警鈴或廣播?** | □是□否 |  | 註：如無法實際操作請詳細說明。 |
| **4-2有無正確操作滅火器等滅火設備?** | □是□否 |  |
| **4-3有無適時關閉或移除易燃設備及電力?** | □是□否 |  |
| **4-4有無緊急供電設備？**  **4-4-1緊急供電設備供電是否可持續運作?運作時間最大值？** | □是□否 |  |
| **5** | **5-1有無立即關閉走廊通道或安全梯之防火門?** | □是□否 |  |  |
| **5-2有無關閉房門？(如起火點所屬區域或鄰近病房)** | □是□否 |  |
| **6** | **6-1有無於適當時機啟動院內疏散機制?** | □是□否 |  |  |
| **6-2疏散患者及家屬策略是否適當?(含就地避難、水平及垂直疏散)** | □是□否 |  |
| **6-3有無使用適當之工具協助疏散?(床單、推床、輪椅、軟式擔架、抬病人等)** | □是□否 |  |
| **6-4疏散患者時，是否有可辨識身份之物件(如簡要姓名卡、手圈或病歷等)?** | □是□否 |  |
| **6-5患者及家屬疏散時，單位人員是否依疏散路線進行疏散並適當引導?** | □是□否 |  |
| **6-6疏散過程中是否妥適處理維生設備並持續提供醫療照護?** | □是□否 |  |
| **桌上演練評核項目** | | | | | |
| **災害緊急應變**  -  **後期** | **1** | **1-1醫院是否啟動HICS架構?** | □是□否 |  |  |
| **1-2指揮中心是否適切運作?** | □是□否 |  |
| **1-3全院疏散策略是否適當?** | □是□否 |  |
| **1-4是否指派人員提供消防單位救災區域平面圖及危害物質存放地點等相關資料?** | □是□否 |  |
| **2** | **2-1院內有無分階段召回之機制?**  **2-2有無召回人員任務指派及報到機制?** | □是□否 |  |  |
| **3** | **3-1是否規劃病患治療區及家屬休息區?** | □是□否 |  | 註：請提供預定安排區域之平面圖供委員參閱 |
| **3-2有無規劃專責單位接待家屬親友?** | □是□否 |  |
| **3-3重置計畫之合理性(例如：病患醫療需求、擬轉送醫療院所距離及量能)?** | □是□否 |  |
| **3-4有無適當之病患後送及轉院機制?** | □是□否 |  |
| **3-5有無追蹤病人後續動向?** | □是□否 |  |
| **4** | **4-1有無規劃專責單位負責媒體接待?** | □是□否 |  |  |
| **4-1-1衛生局致電詢問現場情形回覆內容是否妥適?是否由專人回復?** | □是□否 |  |
| **4-2有無設置媒體採訪區?** | □是□否 |  |
| **4-3有無規劃單一發言人?** | □是□否 |  |
| **4-4有無規劃專責單位處理外部機構接待問題(如:政府長官、紅十字會其他救難團體、慈善團體等)?** | □是□否 |  |
| **災後相關措施** | **1** | **1-1有無事後檢討機制?** | □是□否 |  |  |
| **1-2有對病人及家屬提供慰問及協助?** | □是□否 |  |
| **1-3有無給予現場醫護人員身心健康後續追蹤與法律協助(如心理評量表等)?** | □是□否 |  |
| **2** | **2-1是否有律定復電後之巡檢措施?** | □是□否 |  |  |
| **建議改善意見** | | | | | |
|  | | | | | |

**受查核醫院代表人簽名： 查核人員簽名：**