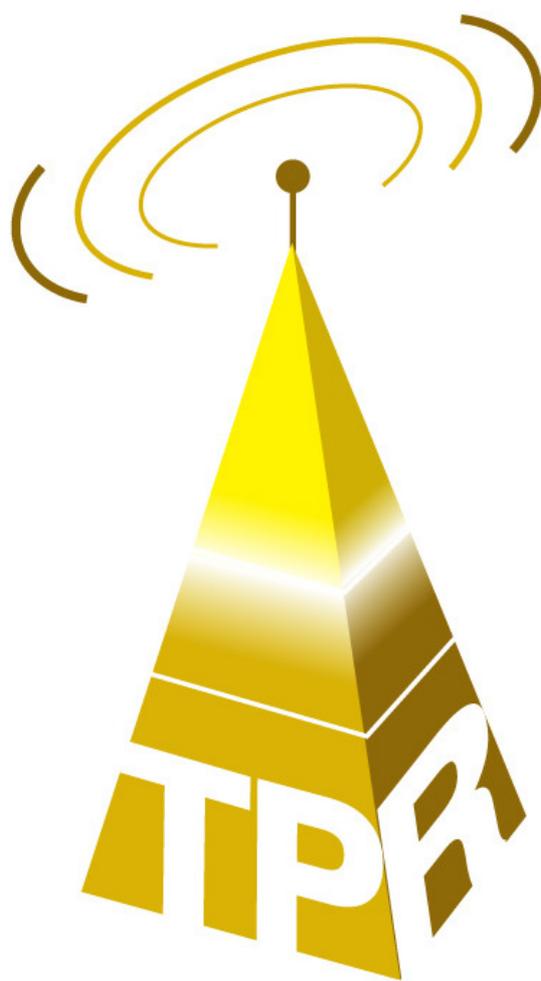


# 台灣病人安全通報系統

## 病人安全通報單

### <2015 年版>



初版日期：2004 年 08 月



衛生福利部 委託辦理

五版日期：2008 年 08 月



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 編印

2014 版日期：2014 年 10 月

2015 年 3 月再修

# 目錄

## 通報個案基本資料

A. 通報事件資料	3
C. 此事件發生後的立即處理	5
D. 您認為預防此類事件再發生的措施或方法	5
E. 此類事件再次發生的可能情形	6
F. 通報者資料	6

## 依事件類別資料

### 【B大類請針對所發生之事件內容擇一填寫】

#### B. 事件內容

藥物事件	7
(與給藥過程相關之異常事件)	
跌倒事件	9
(因意外跌落至地面或其他平面)	
手術事件	11
(在手術前、手術中、手術後過程中之異常事件)	
輸血事件	13
(自醫囑開立備血及輸血過程相關之異常事件)	
醫療照護事件	15
(醫療、治療及照護措施相關之異常事件)	
公共意外事件	17
(建築物、通道、工作物、天災、有害物質外洩等事件)	

<b>治安事件</b> .....	19
(如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、他殺事件)	
<b>傷害行為事件</b> .....	20
(如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷等事件)	
<b>管路事件</b> .....	21
(任何管路滑脫、自拔、錯接、阻塞及未開啟事件)	
<b>院內不預期心跳停止事件</b> .....	24
(發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止事件)	
<b>麻醉事件</b> .....	27
(與麻醉過程相關之異常事件)	
<b>檢查/檢驗/病理切片事件</b> .....	30
(與檢查/檢驗/病理切片等過程相關之異常事件)	
<b>其他事件</b> .....	32

**台灣病人安全通報系統**  
**病人安全通報單**  
(網底部分為本版本修正處)

**A. 通報事件資料**

**\*\*一、事件發生日期：**\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時；○不知道

**二、所在縣市別：**\_\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_\_

**\*\*三、事件發生醫療機構別：**

- 醫院
- 精神科醫院
- 診所
- 護理之家
- 精神復健機構
- 養護機構
- 居家照護
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**\*四、事件發生地點(可複選)：**

- 一般病房(含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域)
- 藥局
- 急診室
- 門診
- 公共區域→  
 交誼廳  樓梯間  電梯  停車場  大廳  其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 檢查檢驗部門→  
 X光  超音波  電腦斷層  血管攝影  放射診斷  內視鏡  
 心電圖  肺功能  核磁共振  檢驗  病理  核醫檢查  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 特殊醫療照護區→  
 加護病房  開刀房  產房  安寧病房  復健部門  
 日間照護  RCC/RCW 呼吸治療單位  透析中心  附設護理之家  
 健檢中心  其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 不知道
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**\*\*五、事件發生後受影響的對象及影響程度(可複選)：**

- 訪客/家屬
- 員工
- 儀器設備
- 病人/住民→
  - 病人  住民→
  - 性別→ 男性  女性  不知道
  - 年齡層→ 嬰兒(1歲以下)(不含1歲)  幼兒(1-3歲)  學齡前期(4-6歲)  
 學齡期(7-12歲)  青少年(13-18歲)  成年(19-64歲)

老年（65 歲以上） 不知道  
就醫類別→住院 門診 急診 健檢 護理之家 不知道

（若就醫類別勾選○護理之家則所在科別不需填寫）

所在科別→內科 外科 婦產科 小兒科 家庭醫學科  
骨科 神經外科 整型外科 泌尿科 耳鼻喉科  
眼科 皮膚科 神經科 復健科 麻醉科  
放射科 病理科 核醫科 急診醫學科 職業醫學科  
腫瘤科 精神科 牙科 口腔顎面外科 中醫科  
不知道 其他，請說明：\_\_\_\_\_

事件發生後對病人健康的影響程度→

有傷害→

- 死亡：造成病人死亡。
- 極重度：造成病人永久性殘障或永久性功能障礙（如肢障、腦傷等）。
- 重度：事件造成病人傷害，除需額外的探視、評估或觀察外，還需手術、住院或延長住院處理（如骨折或氣胸等需延長住院）。
- 中度：事件造成病人傷害，需額外的探視、評估、觀察或處置，如量血壓、脈搏、血糖之次數比平常之次數多，照 X 光、抽血、驗尿檢查或包紮、縫合、止血治療、1~2 劑藥物治療。
- 輕度：事件雖然造成傷害，但不需或只需稍微處理，不需增加額外照護。如表皮泛紅、擦傷、瘀青等。

無傷害：事件發生在病人身上，但是沒有造成任何的傷害。

跡近錯失：由於不經意或即時的介入，使可能發生的事件並未真正發生於病人身上。

無法判定傷害嚴重程度

**\*若此事件為跡近錯失，請以您的經驗判斷如果此事件實際發生在病人身上，將造成病人最嚴重的影響程度為何：**

有傷害→

- 死亡：造成病人死亡。
- 極重度：造成病人永久性殘障或永久性功能障礙（如肢障、腦傷等）。
- 重度：事件造成病人傷害，除需額外的探視、評估或觀察外，還需手術、住院或延長住院處理。（如骨折或氣胸等需延長住院。）
- 中度：事件造成病人傷害，需額外的探視、評估、觀察或處置，如量血壓、脈搏、血糖之次數比平常之次數多，照 X 光、抽血、驗尿檢查或包紮、縫合、止血治療、1~2 劑藥物治療。
- 輕度：事件雖然造成傷害，但不需或只需稍微處理，不需增加額外照護。如表皮泛紅、擦傷、瘀青等。

無傷害：事件發生在病人身上，但是沒有造成任何的傷害。

不知道

其它，請說明：\_\_\_\_\_

六、與事件發生過程中有關聯的人員（可複選）：

醫師→

主治醫師 住院醫師 實習醫師

護理人員→

專科護理師  護理人員  實習護士

藥事人員→

藥師  藥劑生

醫事檢驗人員→

醫事檢驗師  醫事檢驗生

物理、職能治療人員→

物理、職能治療人員  物理、職能治療實習生

放射技術人員→

放射師  放射技術士

行政人員→

行政人員  工務維修人員  資訊技術人員  品管人員

其他，請說明：\_\_\_\_\_

支援人員→

專科/外科助理  看護  志工  保全

駐衛警  外包人員  臨床研究助理  照顧服務員

其他，請說明：

無

其他，請說明：\_\_\_\_\_

**\*C. 此事件發生後的立即處理 (可複選)**

無介入→

不需任何處理  病人拒絕處置  其他，請說明：\_\_\_\_\_

醫療介入→

持續觀察  加強照護防範  監測生命徵象

給予額外的藥物治療或醫療處置  傷口照護

停止與事件有關的用藥或治療  轉診或轉院治療

急救  其他，請說明：\_\_\_\_\_

其他介入→

予以病人家屬慰問及支持

移除與危害相關之設備或環境運作

通報警政機關

通報衛生主管機關

醫療團隊進行溝通

其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

**\*D. 您認為預防此類事件再發生的措施或方法 (包括主管建議) (可複選)**

加強教育訓練→

提供醫療人員臨床教育訓練

改變醫療人員行為態度

提供病人及家屬適當衛教

改變病人及家屬行為態度

其他，請說明：\_\_\_\_\_

改變醫療照護方式→

制定合宜之安全作業指引或標準作業流程  臨床作業流程改善

醫囑系統或提示系統修訂

其他，請說明：

改變行政管理→

醫院政策制度改變

醫院行政流程改變

監測制度建立 (如通報、指標)

人力配置改善

- 環境設備改善
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 加強溝通方式→
- 增加醫療人員間溝通
- 改變行政上溝通系統
- 改變與病人溝通模式
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 不知道
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### **E. 此類事件再次發生的可能情形**

\*您認為本次事件可能再發生的機會：

- 數週內 一年數次 1~2年一次 2~5年一次 5年以上 不知道

### **F. 通報者資料**

一、身分別：

- 醫師→
- 主治醫師 住院醫師 實習醫師
- 護理人員→
- 專科護理師 護理人員 實習護士
- 藥事人員→
- 藥師 藥劑生
- 醫事檢驗人員→
- 醫事檢驗師 醫事檢驗生
- 物理、職能治療人員→
- 物理、職能治療人員 物理、職能治療實習生
- 放射技術人員→
- 放射師 放射技術士
- 行政人員→
- 行政人員 工務維修人員 資訊技術人員 品管人員
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 支援人員→
- 專科/外科助理 看護 志工 保全 駐衛警 外包人員
- 臨床研究助理 照顧服務員 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 病人或家屬→
- 病人 家屬 訪客
- 無
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

二、是否為行政主管職：是 否

三、工作年資：

- 未滿1年 1-5年 6-10年 11-15年 16-20年 21-25年 26年以上

四、進入現職機構年資：

- 0-5年 6-10年 11-15年 16-20年 21-25年 26年以上

**B. 事件內容－藥物事件****\*\*一、事件發生階段（可複選）：**醫囑開立與輸入→

- 藥名錯誤 途徑錯誤 劑量錯誤 頻率錯誤 病人辨識錯誤 劑型錯誤  
數量錯誤 多種藥品組合問題（藥品可能產生交互作用）  
開立不適用病人病情藥物（如開立造成病人過敏的藥物、藥物不符病情或具有禁忌症）  
稀釋錯誤 重複用藥 遺漏醫囑 其他，請說明：\_\_\_\_\_

上述疏失屬於→

- 與醫師用藥認知有關  
本人（醫師）抄錄、輸入錯誤  
他人抄錄、輸入錯誤

處方簽交付→

- 病人辨識錯誤（交付錯誤病人） 其他，請說明：\_\_\_\_\_

藥局調劑→

- 藥名錯誤 途徑錯誤 劑量錯誤 頻率錯誤 病人辨識錯誤  
劑型錯誤 數量錯誤 遺漏給藥 稀釋錯誤 藥品保存問題  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

傳送過程→

- 時間延遲 地點錯誤 藥物遺失 藥物損毀 藥品保存問題

給藥階段→

- 藥名錯誤 途徑錯誤 劑量錯誤 頻率錯誤 病人辨識錯誤  
劑型錯誤 遺漏給藥 數量錯誤 藥物滲漏 稀釋錯誤  
速率錯誤 藥物遺失 未依時間給藥 給藥順序錯誤 部位錯誤  
藥物已取消，但仍給藥 藥品保存問題 其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道其他，請說明：\_\_\_\_\_**二、應給藥物劑型（可複選）→**

- 口服藥 注射劑 外用藥（包括眼藥、藥膏、耳滴劑、栓劑） 吸入劑  
化學治療針劑 不知道 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**三、藥物名稱**

應給藥名（劑型）：\_\_\_\_\_；

給錯藥名（劑型）：\_\_\_\_\_。

**四、內部藥物標準作業流程：**有→

- 制定書面文件 實施相關教育訓練 建立監測機制 執行監測及評值  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

無不知道

## \*\*五、事件發生可能原因（可複選）：

### 與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程   未依照標準作業流程   未做覆核（double check）  
工作量過大   人力不足   診斷前缺乏對病人完整評估  
團隊合作問題(含任務分配)   藥局缺藥   歸錯藥盒  
被干擾   藥物陳列/擺放問題   其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與器材設備(藥品)因素相關→

- 器材設備故障或功能異常   藥物有多種劑型   藥品標示不清  
資訊系統問題   未有異常警示系統   儀器、器械操作不當  
給藥設備、物材不足   藥品過期、變質或毀損   藥名相似  
藥物外型或包裝相似   列印不清   器材設備設計不良  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題   環境動線問題   照明問題   路面平整度問題  
地面濕滑   支撐物問題   其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與人員因素相關→

- 人員疏忽   臨床訓練不足   人員技術不當  
環境設備不熟悉   採用不適當資訊（例：僅根據個人經驗）  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足   未告知病人完整資訊  
用藥衛教提供不足或衛教方式不當   醫療團隊間溝通不足   未清楚交班  
口頭醫囑交代不清   書寫潦草   對縮寫認知不一致  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與病人生理及行為因素相關→

- 與個人生理或疾病有關   病人飲酒或使用禁藥   未遵從醫囑服藥  
未提供或提供錯誤病史/用藥史   其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題   管理決策問題   外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

六、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：早上門診病人於藥局領藥後發現藥袋標示為止痛藥 Scanol，但藥錠外包錫箔標示為胃藥 MgO，病人向藥師反應後換為正確藥物。可能是因兩藥包裝類似，且當時為領藥尖峰時段，造成人員忙碌而出錯。

---



---



---

**B. 事件內容—跌倒事件**

一、跌倒事件發生對象：

1. 最近一年是否曾經跌倒過？（不含此次）：

- 有      無      不知道

\*\*2. 事件發生前是否為跌倒高危險群：

- 是      否      未評估      不知道

3. 事件發生前的獨立活動能力：

- 獨立      需協助      完全依賴      不知道

4. 平日有無陪伴者：

- 有      無      不知道

5. 事件發生時有無陪伴者：

- 有（家屬   看護   工作人員   其他，請說明：\_\_\_\_\_）  
無  
不知道

6. 日常輔具的使用：

- 有（手杖   助行器   輪椅   義肢   其他，請說明：\_\_\_\_\_）  
無  
不知道

7. 跌倒時輔具的使用：

- 有（手杖   助行器   輪椅   義肢   其他，請說明：\_\_\_\_\_）  
無  
不知道

8. 事件發生前床欄使用情形：

- 未拉上      單側或部分拉上      兩側全拉上      病床無床欄  
不知道      不適用

\*\*9. 事件發生於何項活動過程：

- 上下床移位時      上下檢查台時      上下輪椅或便盆椅時  
進出洗手間時      行進時（含走路或使用輪椅時）  
靜坐或站立時      臥床休息或活動時  
變換姿勢(eg. (蹲)坐姿->站立、彎腰向前)  
進出電梯時      上下手扶梯時      上下樓梯時  
洗(擦)澡時      更衣時      如廁時  
從事復健活動時      不知道      其他，請說明：\_\_\_\_\_

10. 事件發生當時病人的意識：

- 清醒      嗜睡      意識混亂      昏迷

11. 醫院內部跌倒預防及處理規範：

- 有→  
制定書面文件   實施相關教育訓練   建立監測機制   執行監測及評值  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 無

○不知道

**\*\*二、事件發生可能原因 (可複選):**

**□與工作狀態/流程因素相關→**

- 缺乏標準作業流程 未依照標準作業流程 工作量過大  
人力不足 事前缺乏對病人完整評估 團隊合作問題(含任務分配)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與器材設備(如輔具、鞋子等)因素相關→**

- 器材設備故障或功能異常(如床、椅) 器材設備設計不良 資訊系統問題  
未有異常警示系統 儀器、器械操作不當 器材設備未定時保養  
輔具功能故障 鞋具不合適 病床、椅高度太高  
輔具放在病人不易取得的地方 輪椅、病床輪未固定 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與環境因素相關→**

- 缺乏適合之環境安全防護 通道有障礙物 燈光昏暗  
路面不平整 地面打蠟或濕、滑 支撐物(如扶手)不牢固  
無支撐物 找不到人協助 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與人員因素相關→**

- 人員疏忽 臨床訓練不足 人員技術不當 環境設備不熟悉  
約束不當(含未約束、約束不確實等) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與溝通因素相關→**

- 醫療團隊與病人或家屬溝通問題 醫病資訊告知問題 衛教相關問題  
醫療團隊溝通問題 其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與病人生理及行為因素相關→**

- 肢體行動障礙 視力障礙 意識或認知障礙 姿位性低血壓 眩暈感  
步態不穩 身體虛弱 躁動 病人飲酒 使用禁藥  
高危險群病人執意自行下床或活動 未提供或提供錯誤病史/用藥史  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與機構和政策因素相關→**

- 組織文化問題 管理決策問題 外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

**□與使用藥物相關→**

- 鎮靜安眠藥 降壓藥 利尿劑 止痛麻醉劑  
輕瀉劑 降血糖藥 抗憂鬱劑 抗癲癇藥  
肌肉鬆弛劑 其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

**三、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：護理人員聽見病房有重物墜地聲前往檢視，發現一名男病人斜坐地面，主訴如廁後上床時，因病床過高且輪子滑動而站不穩跌倒。事件發生可能與過高的病床位置、床輪未固定有關。**

---



---



---

## B. 事件內容—手術事件

### \*\*一、事件發生階段(可複選):

- 術前準備 手術過程 術後處置 不知道 其他,請說明: \_\_\_\_\_

(※術後處置:在手術室或恢復室發生,與手術有直接相關的術後處置不適當所產生之病人安全事件)

### \*\*二、類型(可複選):

- 術前準備程序不完善 病人辨識錯誤 設備器具準備不完整  
診斷、判斷錯誤 術式操作錯誤 部位錯誤  
手術擺位錯誤 手術傷口污染 異物滯留體內  
手術中產生壓瘡 溫度異常造成傷害 用電傷害  
雷射傷害 過敏傷害 轉運病人傷害  
化學傷害(如:胃癌腹膜內高溫化學灌流)  
輻射傷害(如:輻射電波燒灼(RAF)或立體定位輻射手術)  
不知道 其他,請說明: \_\_\_\_\_

三、手術名稱:知道→ \_\_\_\_\_ ;不知道

### 四、有無手術相關標準作業流程:

有→

- 制定書面文件 實施相關教育訓練 建立監測機制 執行監測及評估  
其他,請說明: \_\_\_\_\_

無

不知道

### \*\*五、事件發生可能原因(可複選):

與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程 未依照標準作業流程 未執行 Time out  
術前檢查(如X光)錯誤 工作量過大 人力不足  
術前缺乏對病人完整評估 團隊合作問題(含任務分配)  
其他,請說明: \_\_\_\_\_

與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常 器材設備設計不良 資訊系統問題  
未有異常警示系統 儀器、器械操作不當 儀器、物材設備不足  
其他,請說明: \_\_\_\_\_

與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題 環境動線問題 照明問題 路面平整度問題  
地面濕滑 支撐物問題 其他,請說明: \_\_\_\_\_

與人員因素相關→

- 人員疏忽 臨床訓練不足 人員技術不當 環境設備不熟悉  
由不合格人員執行 其他,請說明: \_\_\_\_\_

與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足 術前未告知病人完整資訊  
衛教提供不足或衛教方式不當 醫療團隊間溝通不足  
多位醫師參與手術缺乏溝通 標示部位錯誤  
術前部位標示不清或標示脫落 未標示手術部位  
病人與家屬缺乏溝通 其他,請說明: \_\_\_\_\_

與病人生理及行為因素相關→

- 病人生理或疾病因素   
  病人有多處類似病灶   
  病人飲酒或使用禁藥  
 未遵從醫囑   
  未提供或提供錯誤病史/用藥史   
  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題   
  管理決策問題   
  外部風險(含外包、設備租借問題)  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

- 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

六、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：開刀房等候區一位男性病人準備手術，護理人員呼喚病人姓名，病人點頭答”是”，由護理人員再次核對病歷資料及病人手圍時，發現病人辨識錯誤，未造成傷害。

---



---

**B. 事件內容—輸血事件****\*\*一、事件發生階段（可複選）：** 醫囑開立/輸入→

- 病人辨識錯誤     血品項目錯誤     血品數量錯誤     漏開醫囑  
 抄錄、輸入錯誤     其他，請說明：\_\_\_\_\_

 驗血→

- 血型錯誤     採血採錯病人     檢體問題     標籤問題  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

 備血→

- 血品與醫囑不同     數量與醫囑不同     血品保存不當     病人辨識錯誤  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

 領血/傳送→

- 血品錯誤     血型錯誤     病人辨識錯誤     數量錯誤  
 地點錯誤     血品保存不當     時間延遲     血品遺失  
 血品損毀     其他，請說明：\_\_\_\_\_

 輸血→

- 血品錯誤     血型錯誤     病人辨識錯誤     數量錯誤     技術錯誤  
 血品品質問題     不知道     其他，請說明：\_\_\_\_\_

**二、本事件發生後引起的輸血反應（可複選）：**

- 煩躁不安     皮膚癢     皮膚疹     心跳加速     呼吸急促  
 呼吸困難     發冷或寒顫     血尿     不明出血     血壓下降  
 顏面潮紅     發燒     疼痛（包括腰、背、腹、鼠蹊、胸、頭、輸注處）  
 無     尚未輸血，不適用     不知道     其他，請說明：\_\_\_\_\_

**三、醫院輸血標準作業流程：** 有→

- 制定書面文件     實施相關教育訓練     建立監測機制     執行監測及評值  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

 無 不知道**\*\*四、事件發生可能原因（可複選）：** 與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程     未依照標準作業流程     未做覆核（double check）  
 未監測輸血反應     未確認醫囑     工作量過大  
 人力不足     輸血前缺乏對病人完整評估  
 團隊合作問題(含任務分配)     其他，請說明：\_\_\_\_\_

 與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常     器材設備設計問題     資訊系統問題  
 異常警示系統問題     儀器、器械操作(使用)問題     器械設備管理問題  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題    環境動線問題    照明問題    路面平整度問題  
 地面濕滑    支撐物問題    其他，請說明：\_\_\_\_\_

與人員因素相關→

- 人員疏忽    臨床訓練不足    人員技術不當    環境設備不熟悉  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足    未告知病人完整資訊  
 衛教提供不足或衛教方式不當    醫療團隊間溝通不足  
 醫囑書寫模糊難辨識    其他，請說明：\_\_\_\_\_

與病人生理及行為因素相關→

- 病人生理或疾病因素    病人飲酒或使用禁藥    未遵從醫囑  
 未提供或提供錯誤病史/用藥史    其他，請說明：\_\_\_\_\_

與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題    管理決策問題    外部風險(含外包、設備租借問題)  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

五、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：病房書記完成電腦備血，護理人員執行書面領血作業時發現血品與病人資料不符，可能是因輸入錯誤所致。

---



---



---

## B. 事件內容－醫療照護事件

### \*\*一、事件發生階段（可複選）：

評估

未評估  延遲評估  評估錯誤  病人辨識錯誤  其他，請說明：\_\_\_\_\_

診斷

未診斷  延遲診斷  診斷錯誤  病人辨識錯誤  其他，請說明：\_\_\_\_\_

處置、治療或照護

未執行  延遲執行  技術不當  病人辨識錯誤  異物哽塞  
 燒燙傷  處置問題  其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 二、是否為侵入性作業？

是  否  不知道

### 三、該醫療作業標準流程：

有→

制定書面文件  實施相關教育訓練  建立監測機制  執行監測及評值  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

無

不知道

### \*\*四、事件發生可能原因（可複選）：

與工作狀態/流程因素相關→

缺乏標準作業流程  未依照標準作業流程  工作量過大  
 人力不足  事前缺乏對病人完整評估  團隊合作問題(含任務分配)  
 轉運過程問題  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與器材設備因素相關→

器材設備故障或功能異常  器材設備設計不良  資訊系統問題  
 未有異常警示系統  儀器、器械操作不當  器材設備未定時保養  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與環境相關因素→

環境安全防護設計問題  環境動線問題  照明問題  路面平整度問題  
 地面濕滑  支撐物問題  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與人員因素相關→

人員疏忽  臨床訓練不足  人員技術不當  環境設備不熟悉  
 由不合格人員執行  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與溝通因素相關→

病人或家屬與醫療團隊溝通不足  未告知病人完整資訊  
 衛教提供不足或衛教方式不當  醫療團隊間溝通不足  
 病人與家屬缺乏溝通  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與病人生理及行為因素相關→

與個人生理或疾病有關  病人飲酒或使用禁藥  未遵從醫囑  
 未提供或提供錯誤病史/用藥史  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與機構和政策因素相關→

組織文化問題    管理決策問題    外部風險(含外包、設備租借問題)

其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

五、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：病人長期臥床且意識不清，某日照顧服務員先以熱水為病人泡腳後再幫病人洗澡，洗完後發現病人雙腳已起水泡，可能因照服員未注意水溫，病人皮膚脆弱且無法表達水溫過高有關。

---

---

---

## 事件內容—公共意外事件

※醫療器材設備因素造成的意外事件，如受影響對象為病人個人，請通報為醫療照護事件

### \*\*一、類型（可複選）：

- 火災（含明火、濃煙、火花或燃燒異味等） 水災 停電 觸電  
電（扶）梯或電動門意外 公共設施意外 化學物質外洩 輻射物質外洩  
消防警報異常 水電空調、醫療氣體供應異常 機構建築物毀損  
地震 資訊系統當機 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 二、有無公共意外事件應變流程：

- 有→  
制定書面文件 實施相關教育訓練 建立監測機制 執行監測及評值  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 無
- 不知道

### \*\*三、事件發生可能原因（可複選）：

- 與工作狀態/流程因素相關→  
作業流程問題 人員工作負荷問題 人力問題 病人評估問題  
團隊合作問題(含任務分配) 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與器材設備因素相關→  
器材設備故障或功能異常 器材設備設計不良 資訊系統問題  
未有異常警示系統 儀器、器械操作不當 器材設備未定時保養  
缺乏適合之個人安全防護 缺乏備用系統 使用醫院違禁設備  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與環境因素相關→  
環境安全防護設計問題 環境動線問題 照明問題  
路面平整度問題 地面濕滑 支撐物問題  
天災 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與人員因素相關→  
人員疏忽 臨床訓練問題 技術操作問題 環境設備不熟悉  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與溝通因素相關→  
醫療團隊與病人或家屬溝通問題 醫病資訊告知問題 衛教相關問題  
醫療團隊間溝通問題 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與病人生理及行為因素相關→  
病人生理或疾病因素 病人飲酒或使用禁藥 未遵從醫囑  
未提供或提供錯誤病史/用藥史 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與機構和政策因素相關→  
組織文化問題 管理決策問題 外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

四、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：警衛巡視時聞到檢查室傳出燃燒異味，檢查發現異味來源為插座，尚無著火。可能與同一插座電線承載過量、離開單位前未關閉電氣設備有關。

---

---

---

## B. 事件內容—治安事件

### \*\*一、類型（可複選）：

- 偷竊    騷擾/性騷擾    侵犯隱私    竊嬰    他殺  
恐嚇    使用違禁品    管制藥品遺失    病人失蹤（含私自離院）  
縱火    製造其他公共危險事件    性侵害  
肢體或言語衝突（含辱罵）（凡事件非病人所引起之衝突）    其他，請說明：\_\_\_\_\_

### \*\*二、事件發生可能原因（可複選）：

#### 與工作狀態/流程因素相關→

- 作業流程問題    人員工作負荷問題    人力問題    病人評估問題  
團隊合作問題（含任務分配）    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常    器材設備設計問題    資訊系統問題  
異常警示系統問題    儀器、器械操作（使用）問題    器材設備管理問題  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題    環境動線問題    照明問題    路面平整度問題  
地面濕滑    支撐物問題    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與人員因素相關→

- 人員疏忽    臨床訓練問題    技術操作問題    環境設備不熟悉  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與溝通因素相關→

- 醫療團隊與病人或家屬溝通問題    醫病資訊告知問題    衛教相關問題  
醫療團隊間溝通問題    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與病人生理及行為因素相關→

- 病人生理或疾病因素    病人飲酒或使用禁藥    未遵從醫囑  
未提供或提供錯誤病史/用藥史    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題    管理決策問題    外部風險（含外包、設備租借問題）  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 不知道

#### 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

三、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：病人照完 X 光檢查返回病室後，發現放於抽屜內皮夾遺失現金數千元，可能因檢查時病室未上鎖、病人未隨身攜帶貴重物品及醫院太多閒雜人等走動有關。

---



---



---

## B. 事件內容－傷害行為事件

### \*\*一、類型（可複選）：

- 言語衝突(含辱罵)       身體攻擊       破壞設備  
 自殺/企圖自殺(缺乏求生意念；確定有結束生命意圖或成功結束生命)  
 自傷(含自殘或不適當行為，但無確定自殺傾向)       其他，請說明：\_\_\_\_\_

### \*\*二、事件發生可能原因（可複選）：

#### 與工作狀態/流程因素相關→

- 作業流程問題       未遵循醫囑給予治療       人員工作負荷問題  
 人力問題       病人評估問題       團隊合作問題(含任務分配)  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常       器材設備設計問題       資訊系統問題  
 異常警示系統問題       儀器、器械操作(使用)問題       器材設備管理問題  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題       環境動線問題       照明問題       路面平整度問題  
 地面濕滑       支撐物問題       其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與人員因素相關→

- 人員疏忽       臨床訓練問題       未給予適當約束       環境設備不熟悉  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足       未告知病人完整資訊  
 衛教提供不足或衛教方式不當       醫療團隊間溝通不足  
 病人與家屬缺乏溝通       病友間溝通不良  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與病人生理及行為因素相關→

- 受病情影響       情緒不穩       物質濫用(有酒癮或藥癮)  
 未遵從醫囑治療       病人拒絕服藥或治療       未提供或提供錯誤病史/用藥史  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題       管理決策問題       外部風險(含外包、設備租借問題)  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 不知道

#### 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

三、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：病人情緒起伏不定不斷吵鬧，突然以頭撞床欄，經護理人員予以安撫並立即檢視傷口進行縫合治療，病人可能是受病情導致行為失控。

---

---

---

**B. 事件內容－管路事件**

一、本事件是否與病人辨識問題有關？ 是 否

二、事件發生時病人狀態：

1. 病人的意識：

清醒 嗜睡 意識混亂 昏迷

2. 管路滑脫前是否正在使用鎮靜藥物？

有 無

3. 管路滑脫前病人是否有約束？

是 否

4. 最近一星期病人自拔管路次數（包含所有管路類型次數）：

超過1次以上 無 不知道

5. 平日有無陪伴者：

有 無 不知道

6. 事件發生時陪伴者是否在场：

有（家屬 看護 護理人員 其他，請說明：\_\_\_\_\_）

無

不知道

7. 事件發生於何項活動過程：

上下床移位時 行進時（含走路或使用輪椅時） 進行檢查時  
臥床休息時 靜坐時 翻身時  
洗澡或如廁時 更衣時 從事復健活動時  
處置、照護時 不知道 其他，請說明：\_\_\_\_\_

三、事件發生內容：

**\*\*1. 類型（可複選）：**

管路脫落→自拔；意外滑脫  
管路錯接  
管路阻塞  
管路未開啟  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

**\*\*2. 管路種類（可複選）：**

氣管內管口管（Endotracheal tube-oral）  
氣管內管鼻管（Endotracheal tube-nasal）  
鼻胃管（NG-tube）  
氣切套管（Tracheostomy tube）  
胸管（Chest tube）  
中心靜脈導管（CVC-line）  
靜脈注射導管（IV catheter）  
T型引流管（T-tube）  
導尿管（Foley catheter）  
胃造瘻管 PEG（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy/ Gastrostomy）-tube

- 引流管 (Pigtail)
- 血液透析相關管路
- Port-A(chemoport)管路
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

3. 固定管路使用之材質：

- 布膠  宜拉膠  紙膠  繩結  魔鬼粘  其他，請說明：\_\_\_\_\_

4. 是否重新插管：〈勾選「氣管內管口管」或「氣管內管鼻管」或「氣切套管」時才需勾選〉

- 是
  - 於發現後 24 小時內重新插管
  - 於發現後 25-48 小時內重新插管
  - 於發現後 49-72 小時內重新插管
- 未再插管
- 不知道

四、管路相關作業標準流程：

有→

- 制定書面文件  實施相關教育訓練  建立監測機制  執行監測及評值
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

無

不知道

**\*\*五、事件發生可能原因（可複選）：**

與工作狀態/流程因素相關→

- 未依照標準作業流程執行  管路固定方式技術規範不完整
- 未依照管路固定方式作業標準流程  未使用呼吸器軟管支託器材
- 工作量過大  人力不足  事前缺乏對病人完整評估
- 團隊合作問題(含任務分配)  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常  器材設備設計問題  資訊系統問題
- 異常警示系統問題  儀器、器械操作(使用)問題  器材設備管理問題
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題  環境動線問題  照明問題  路面平整度問題
- 地面濕滑  支撐物問題  其他，請說明：\_\_\_\_\_

與人員因素相關→

- 因注意力轉移造成疏忽  未進行雙手保護約束  臨床訓練不足
- 管路固定技術不當  操作技術不適當  環境設備不熟悉

- 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與溝通因素相關→
- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足    未告知病人完整資訊
- 衛教提供不足或衛教方式不當    醫療團隊間溝通不足
- 病人與家屬缺乏溝通    其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與病人生理及行為因素相關→
- 病人躁動    病人飲酒或使用禁藥    病人鬆脫約束    病人約束中自拔
- 未提供或提供錯誤病史/用藥史    其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 與機構和政策因素相關→
- 組織文化問題    管理決策問題    外部風險(含外包、設備租借問題)
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 不知道
- 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

六、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。

---



---



---

## B. 事件內容－院內不預期心跳停止事件

一、病人原有之慢性疾病及危險因子（可複選）：（請詳細勾選及填寫）

- 糖尿病       高血壓       高血脂（高膽固醇或高三酸甘油酯）  
 癌症       慢性阻塞性肺病或氣喘       中風  
 慢性肝臟疾病       慢性腎臟疾病       心臟疾病  
 不知道       無       其他，請說明：\_\_\_\_\_

\*二、發生急救事故的直接原因（Immediate Cause）（可複選）：

（指引發個案因事故或疾病倒下的原因）

- 致命性心律不整       低血壓       呼吸衰竭       新陳代謝問題  
 心肌梗塞或心臟缺氧       不知道       其他，請說明：\_\_\_\_\_

三、是否目睹病人心跳停止之情形：

（指目睹個案事故發生那一刻的人；若發現病人時已無意識，但不知何時倒下，請填"無"）

當場目睹病人心肺停止→

（目擊者為 家人       護士       醫師       看護       其他，請說明：\_\_\_\_\_）

無人當場目睹心肺停止之發生

\*四、有無CPR： 有； 無→ 已簽署DNR       未簽署DNR

\*五、病患發生心肺停止是否為醫師預期中（因病情惡化）？  是       否

\*六、急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律為

- VT       VF       PEA（Pulseless Electrical Activity）  
 Asystole       其他，請說明：\_\_\_\_\_

\*七、是否恢復自發性循環（ROSC）嗎？（定義為急救後，心電圖出現可辨識心律，摸得到脈搏，或測得收縮壓(SBP)>60mmHg且持續20分鐘以上）

是

≤20 分鐘       >20 分鐘但≤24 小時       >24 小時

否

八、停止CPR的原因：（指此次急救最終停止的原因）

- 死亡（指經急救後仍宣告無效者，由醫師認定不需要再給予積極的急救治療）  
 簽具拒絕急救書（DNR）  
 恢復自發性循環（ROSC）  
 裝設體外循環輔助機

九、急救後最終出院狀態：

- 醫囑出院，出院後動向→  自宅       安養院       護理之家  
 轉院，轉院後動向→  慢性呼吸治療中心       急性醫院  
 病危自動出院  
 非病危自動出院  
 死亡

十、急救後總住院日數：\_\_\_\_\_天（急救當天算起，不算出院的那一天）

## 十一、神經學狀態 (CPC：大腦功能分級)

急救發生前最佳之 CPC 為 1 2 3 4 5

急救後曾經最佳之 CPC 為 1 2 3 4 5

出院時之 CPC 為 1 2 3 4 5

### 成人大腦表現功能分類量表說明

CPC=1	大腦皮質功能良好；病人意識清楚，說話有條理，一般日常生活可自理，活動如常人，(例如：能夠全職工作且主導自己的生活作息)。雖有輕微的神經學疾病(例如：輕微肢體障礙)但已被良好控制且不影響其日常生活作息。
CPC=2	中度大腦皮質功能障礙；病人意識清楚，活動上有部分障礙，如：偏癱、抽蓄、口齒不清、吞嚥障礙、記憶減退，但一般生活仍可自理，如：穿衣、吃飯、搭乘大眾運輸工具等。
CPC=3	重度大腦皮質功能障礙；病人意識較不清楚，某些記憶功能障礙，活動需仰賴他人，日常生活無法自理。(例如：住在安養院、護理之家或住家中但日常生活作息皆由家人協助)
CPC=4	深度昏迷，病人對外界無反應，呈現植物人狀態
CPC=5	死亡

## \*\*十二、事件發生可能原因 (可複選)：

### 與工作狀態/流程因素相關→

- 所制訂的相關政策或流程不當或不適用 未制訂相關的政策或流程
- 未提供或宣導醫院的政策或流程 缺乏監督
- 未完全遵循醫院政策或所規定的流程執行工作
- 違反醫院政策或所規定的流程執行工作 未提供必要的醫療照護
- 工作量過大 人力不足 事前缺乏對病人完整評估
- 團隊合作問題(含任務分配) 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常 器材設備設計不良 資訊系統問題
- 未有異常警示系統 儀器、器械操作不當 器材設備未定時保養
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題 環境動線問題 照明問題 路面平整度問題
- 地面濕滑 支撐物問題 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與人員因素相關→

- 注意力不足 執行醫療技術之經驗不足或訓練不足
- 醫療知識不足或認知錯誤 人員技術不當
- 未能檢查儀器設備 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足 醫病溝通(解釋)問題
- 衛教提供不足或衛教方式不當 部門間的溝通問題 部門內的溝通問題
- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與病人生理及行為因素相關→

- 與個人生理或疾病有關    病人飲酒或使用禁藥    未遵從醫囑  
未提供或提供錯誤病史/用藥史    其他，請說明：\_\_\_\_\_

與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題    管理決策問題    外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

- 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

十三、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。

---

---

---

**B. 事件內容—麻醉事件**

一、本事件是否與病人辨識問題有關？ 是 否

二、依美國麻醉醫學會（ASA）生理狀態分級，病人麻醉前的狀態為：

P1 P2 P3 P4 P5 未評估 不知道

**美國麻醉醫學會（ASA）生理狀態分類系統說明**

ASA分類	ASA 分級描述
P1	正常健康的人
P2	具有輕度系統性疾病的人，不影響身體功能
P3	具有重度系統性疾病的人，影響身體功能
P4	具有重度系統性疾病，其嚴重度足以威脅生命的人
P5	有無接受手術都可能無法存活超過24小時的垂危病人

三、手術類型：

常規手術 緊急手術 不知道

四、病人接受之麻醉方式（可複選）：

全身麻醉（吸入性/靜脈麻醉）

氣管內管插管 面罩 喉頭罩（LMA） 全靜脈注射

區域麻醉（脊椎/硬膜外/神經阻斷術/靜脈區域麻醉）

脊椎麻醉 硬膜外麻醉 神經阻斷術 靜脈區域麻醉

局部麻醉

不知道

五、事件發生類型（可複選）：

插管相關（Intubation/induction-related）

脊椎麻醉事件（Spinal Anaesthesia Event）

硬膜外麻醉事件（Epidural Anesthesia event）

鎮靜事件（Sedation event）

麻醉期間甦醒（Awareness during anesthesia）

惡性高熱（Malignant Hyperthermia）

麻醉期間心跳停止（Arrest during Anesthesia）

麻醉後心跳停止（Arrest Post Anesthesia）

手術中不適當之通氣/給氧（Inadequate intra-op ventilation/oxygenation）

手術後不適當之通氣/給氧（Inadequate post-op ventilation/oxygenation）

麻醉結束後無法甦醒（Failure to recover from anesthesia）

其他，請說明：\_\_\_\_\_

六、事件發生期間：

誘導期 維持期 結束甦醒期 恢復期

術後 24 小時 術後 25-48 小時

## 七、事件發生地點：

- 手術室      恢復室      病房      加護病房  
檢查室      轉送途中      其他，請說明：\_\_\_\_\_

## 八、醫院內部事前有預防及處理規範：

- 有→  
制定書面文件    實施相關教育訓練    建立監測機制    執行監測及評值  
其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 無  
不知道

## \*\*九、事件發生可能原因（可複選）：

### 與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業程序    未依照標準作業程序    工作量過大  
人力不足    麻醉前未對病人完整評估    團隊合作問題(含任務分配)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與器材設備因素相關→

- 其他儀器功能異常    麻醉機功能異常    生命徵象監視功能異常  
醫材瑕疵或不良品    器材設備設計不良    資訊系統問題  
未有異常警示系統    儀器、器械操作不當    器材設備未定時保養  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題    環境動線問題    照明問題    路面平整度問題  
地面濕滑    支撐物問題    其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與人員因素相關→

- 人員疏忽    臨床訓練不足    麻醉技術問題    環境設備不熟悉  
麻醉方式或監視設備選用不適當    其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足    未告知病人完整資訊  
衛教提供不足或衛教方式不當    醫療團隊間溝通不足  
口頭醫囑交代不清    未清楚交班    其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與病人生理及行為因素相關→

- 因個人體質產生不良反應    與個人生理或疾病有關    惡性高熱  
有濫用史(有酒癮或藥癮)    未遵從醫囑  
未提供或提供錯誤病史/用藥史    其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題    管理決策問題    外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 與使用麻醉藥物相關→

- 藥名錯誤    劑型錯誤    途徑錯誤  
劑量錯誤    時間錯誤    其他，請說明：\_\_\_\_\_

與手術相關→

緊急手術來不及充分準備

無預期大量出血

手術相關併發症

其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

**\*十、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。**

---

---

---

## B. 事件內容－檢查/檢驗/病理切片事件

### \*\*一、該事件為哪一類醫療檢查？

- 放射檢查類    臨床生理檢查類    檢驗類    細胞/病理切片

### \*\*二、事件發生階段（可複選）：

#### 醫囑/檢查(驗)單開立階段

- 病人錯誤    項目或部位錯誤    漏開醫囑/檢查(驗)單  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 檢查(驗)單交付階段

##### 檢查(驗)單交付錯誤

#### 採檢/送檢階段

- 病人錯誤    檢體錯誤    檢體未貼標籤    標籤錯誤  
檢體保存方式錯誤/檢體污染    檢體不足    檢體延遲送驗  
檢體未送出    檢體遺失或損毀    檢查項目或部位錯誤  
病人延遲送檢    檢驗單與檢體不一致    地點錯誤  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 檢體分析/檢查執行階段

- 病人錯誤    檢體處理錯誤    設備操作錯誤    操作程序錯誤  
檢體遺失或損毀    檢查時機錯誤    檢查部位錯誤    檢查項目錯誤  
顯影劑錯誤    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 檢查單位報告階段

- 病人錯誤    判讀錯誤    轉錄錯誤    報告延遲  
未發報告    更改報告未通知    貼錯病歷    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 臨床單位判讀階段

- 病人錯誤    判讀錯誤    判讀延遲    報告未判讀  
貼錯病歷    其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 不知道

- 其他，請說明：\_\_\_\_\_

### 三、該醫療作業標準流程：

#### 有→

- 制定書面文件    實施相關教育訓練    建立監測機制    執行監測及評值  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

#### 無

#### 不知道

### \*\*四、事件發生可能原因（可複選）：

#### 與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程    未依照標準作業流程    工作量過大  
人力不足    事前缺乏對病人完整評估    團隊合作問題(含任務分配)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常 器材設備設計不良 資訊系統問題  
未有異常警示系統 儀器、器械操作不當 器材設備未定時保養  
缺乏適合之個人安全防護 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與環境因素相關→

- 環境安全防護設計問題 環境動線問題 照明問題 路面平整度問題  
地面濕滑 支撐物問題 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與人員因素相關→

- 人員疏忽 臨床訓練不足 人員技術不當 環境設備不熟悉  
由不合格人員執行 採用不適當資訊(例：僅根據個人經驗)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

與溝通因素相關→

- 病人或家屬與醫療團隊溝通不足 未告知病人完整資訊  
衛教提供不足或衛教方式不當 醫療團隊間溝通不足  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

與病人生理及行為因素相關→

- 與個人生理或疾病有關 病人飲酒或使用禁藥 未遵從醫囑  
未提供或提供錯誤病史/用藥史 其他，請說明：\_\_\_\_\_

與機構和政策因素相關→

- 組織文化問題 管理決策問題 外部風險(含外包、設備租借問題)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_

不知道

- 其他因素，請說明：\_\_\_\_\_

五、請敘述整起事件經過以及您認為發生本次事件的可能原因。例：X光技術員幫病人照完左手X光後，病人反應自己是右手受傷，經查看檢查單才發現誤將R't看成L't，便重照一張。可能因技術員一時分心而看錯。

---

---

---

## B. 事件內容－其他事件

\*\*請您儘可能對事件發生經過、受影響對象、造成的結果及處理、可能的原因及您認為未來避免類似事件再發的預防措施，提供越詳盡的資訊越好。

---

---

---



## 台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting System

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

### **TPR 工作小組**

電 話：02-8964-3000 轉 422、463、472

傳 真：02-2962-4200

E-mail：tpr@tjcha.org.tw

網 址：<http://www.tpr.org.tw>