

公共場所必要緊急救護設備管理辦法

- 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：
一、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。
二、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：
一、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。
二、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（標示樣式及顏色如附件二）。
三、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.
場所地址 (必填)	縣 市	市鄉 區鎮	村里 鄰	路 段 街
場所經緯度 (選填)	經度		緯度	
場所類型 (必填)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 7. 住宿場所：旅館、飯店、招待所。 <input type="checkbox"/> 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 星期一至星期五__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 星期六__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 星期日__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 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



附表三：公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

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)	<input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
反應者訓練資料 (必填)	<input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR)或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練: _____ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定
		病患年紀 約____歲
急救模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他: 說明_____	
病患轉送模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 119 救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車_____	
	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 醫院: _____醫院 <input type="checkbox"/> 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	

AED



CPR + AED

認證機構名稱

本場所設有AED(自動體外心臟電擊器)
本場所70%以上員工已接受CPR+AED
(心肺復甦術加自動體外心臟電擊去顫器)訓練

衛生福利部

○○衛生局

中華民國 年 月 日認證