

病人資料填寫處/病人姓名黏貼處

單位(床號):

病歷號:

病人姓名:

出生年月日:

入院日期:

## 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—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。

---

---

---

通報者員工編號\_\_\_\_\_ /姓名\_\_\_\_\_