

臺中市政府衛生局 加護型救護車裝備檢查表

一、基本資料：

1.車牌號碼：	2.中市(民)護車字第 號(加護型)	3.車身號碼：
4.設置單位：	5.領照年月： 年 月(車齡： 年)	6.設置日期：
7.設置地址：	8.負責人姓名：	

二、車身外觀：

檢查項目	有	無	檢查項目	有	無	檢查項目	有	無
1.車身為白色			2.紅十字標誌			3.核准字號		
4.機關(構)名稱			5.紅色閃光燈			6.警鳴器		
7.「1999」專線			8.車廂內監視錄影器			9.車廂外監視錄影器		

三、車內設備：

檢查項目	有	無	檢查項目	有	無
1.附有腳架滑輪之擔架床(長170cm×寬50cm以上,載重:150kg以上)			2.攜帶型(400公升以上)及固定型(2000公升以上)氧氣組各1組(應含流量計及潮濕瓶等配件)		
3.氧氣鼻管1組			4.成人及兒童之簡單型、非再吸入型氧氣面罩各1組		
5.8號及14號抽吸導管各2組			6.可攜帶式抽吸器1組		
7.手持式血氧濃度分析儀			8.可折疊式搬運椅或椅式擔架1組		
9.軀幹固定器1組			10.長背板或鏟式擔架1組(長150cm×寬40cm以上,載重:150kg以上),並應含固定帶之配件2組		
11.頭頸部固定器1組			12.頸圈(可調整式3組或大、中、小號各2組)		
13.保護固定帶4條			14.充氣、抽氣或捲筒式之固定四肢用護木2卷		
15.一般急救箱(項目如表一)			16.可丟棄式手套1盒		
17.毛毯或被單各1條			18.滅火器1組		

表一、一般急救箱

檢查項目	有	無	檢查項目	有	無
1.體溫測量器			2.寬膠帶、紙膠各1		
3.止血帶			4.剪刀		
5.優碘棉片或優碘液			6.護目鏡		
7.外科口罩			8.鑷子(有齒、無齒)		
9.棉棒(大、中、小)			10.紗布		
11.壓舌板			12.咬合器		
13.口呼吸道(各種大小型式5種以上)			14.鼻咽呼吸道(各種大小型式5種以上)		
15.瞳孔筆及其備用電源			16.驅血帶(靜脈注射用)		
17.血壓計			18.聽診器		
19.彈性紗繃或彈性繃帶(大、中、小)			20.三角巾		
21.無菌手套			22.酒精棉片		
23.彎盆			24.一般垃圾袋及感染性垃圾袋		
25.沖洗用生理食鹽水(500cc)			26.甦醒袋(含接頭及口罩)		

四、加護型救護車除一般救護車裝備外，須再增設下列配備：

檢查項目	有	無	檢查項目	有	無
1.成人及小兒喉罩呼吸道各 1 組			2.可攜帶式之心臟監視器 1 組		
3.血糖機 1 組			4.攜帶型自動呼吸器 1 組		
5.心臟電擊器 1 組			6.生產處理包 1 組		
7.燒傷包 1 組			8.加護急救箱 1 組(配備項目如表二)		
9.無線電對講機或行動電話					

表二、加護急救箱

檢查項目	有	無	檢查項目	有	無
1.空針及針頭(各適當尺寸)			2.靜脈留置針(各適當尺寸)		
3.靜脈套管(IV lock)			4.靜脈點滴管(IV Set)		
5.螺絲起子			6.壓舌板		
7.潤滑膠(Jelly)			8.鑷子(有齒、無齒)		
9.檢體試管			10.喉鏡(含直式及彎式葉片各 3 支以上)		
11.氣管內管(各種尺寸，ID3~ID8)			12.氣管內管之導入管		
13.Cricothyroidotomy set			14.鼻胃管		
15.Albuterol 或其他吸入性支氣管擴張劑(包含 MDI 及霧化溶液)			16.Atropine		
17.CaCl ₂ (10%)或 Calcium gluconate			18.Vena		
19.Premix			20.Diclofenac Sodium		
21.Diazepam(10mg)			22.Epinephrine		
23.Furosemide			24. Hyoscine Butylbromide (2%)		
25.Lidocaine(Xylocaine)			26.Magnesium Sulfate		
27.Naloxone			28.Sodium Bicarbonate		
29.50% G/W			30.Ringer's Solution		
31.Mannitol			32.0.9% Sodium Chloride(500cc)		
33.5% G/W(500ml)			34.Nifedipine(10mg)		
35.NTG. tab(硝化甘油舌下錠)			36.活性炭液劑		
37.Amiodarone(150mg)					

五、救護車有無每月至少一次以上定期消毒並做紀錄：☐有 ☐無六、有無救護紀錄表及救護紀錄表各項欄位資料填寫是否完整正確：☐有 ☐無七、救護車有無依規定辦理定期檢驗：☐有 ☐無八、無線電設備：☐有(使用情形：☐功能良好 ☐功能不良) ☐無，替代設備：_____

九、檢查結果：_____

十、檢查日期：_____年_____月_____日

受檢單位代表人：_____簽章

臺中市政府衛生局檢查人員：_____簽章