

生產事故通報作業說明

壹、作業依據

依據生產事故救濟條例第二十二條及生產事故通報及查察辦法，訂定本作業說明，規範醫療機構或助產機構生產事故通報作業流程及內容。

貳、名詞定義

生產事故：指產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果。(生產事故救濟條例第三條第一款)

重大傷害：

指因生產所致下列情形之一者：(生產事故救濟作業辦法第六條)

- 一、身心障礙程度中度以上。
- 二、子宮切除致喪失生殖機能。
- 三、其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害。

重大生產事故事件：(生產事故通報及查察辦法第二條)

指有下列情形之一者：

- 一、剖腹產手術後，在產婦體內遺留異物。
- 二、以不相容之血型輸血。
- 三、錯誤藥物處方致產婦永久喪失肢體重要機能或死亡。
- 四、其他經中央主管機關認定者。

參、辦理機關

衛生福利部主辦，並得委託政府機關(構)、法人、團體或民間機構為受理通報單位。

肆、受理通報單位

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)。

伍、通報時間

應於生產事故事件發生後之次月十日前，向受理通報單位通報。

陸、通報方式

一、本通報採用紙本方式，機構應填寫生產事故事件通報單，於通報時間內以掛號(以

郵戳為憑) 寄送至受理通報單位。

二、生產事故事件通報流程圖，如附件一。

三、生產事故事件通報單格式，如附件二，包含通報機構基本資料及生產事故事件通報表二部分(依事件數填寫，1個事件填寫1份)。

四、生產事故通報單回郵封面，如附件三。

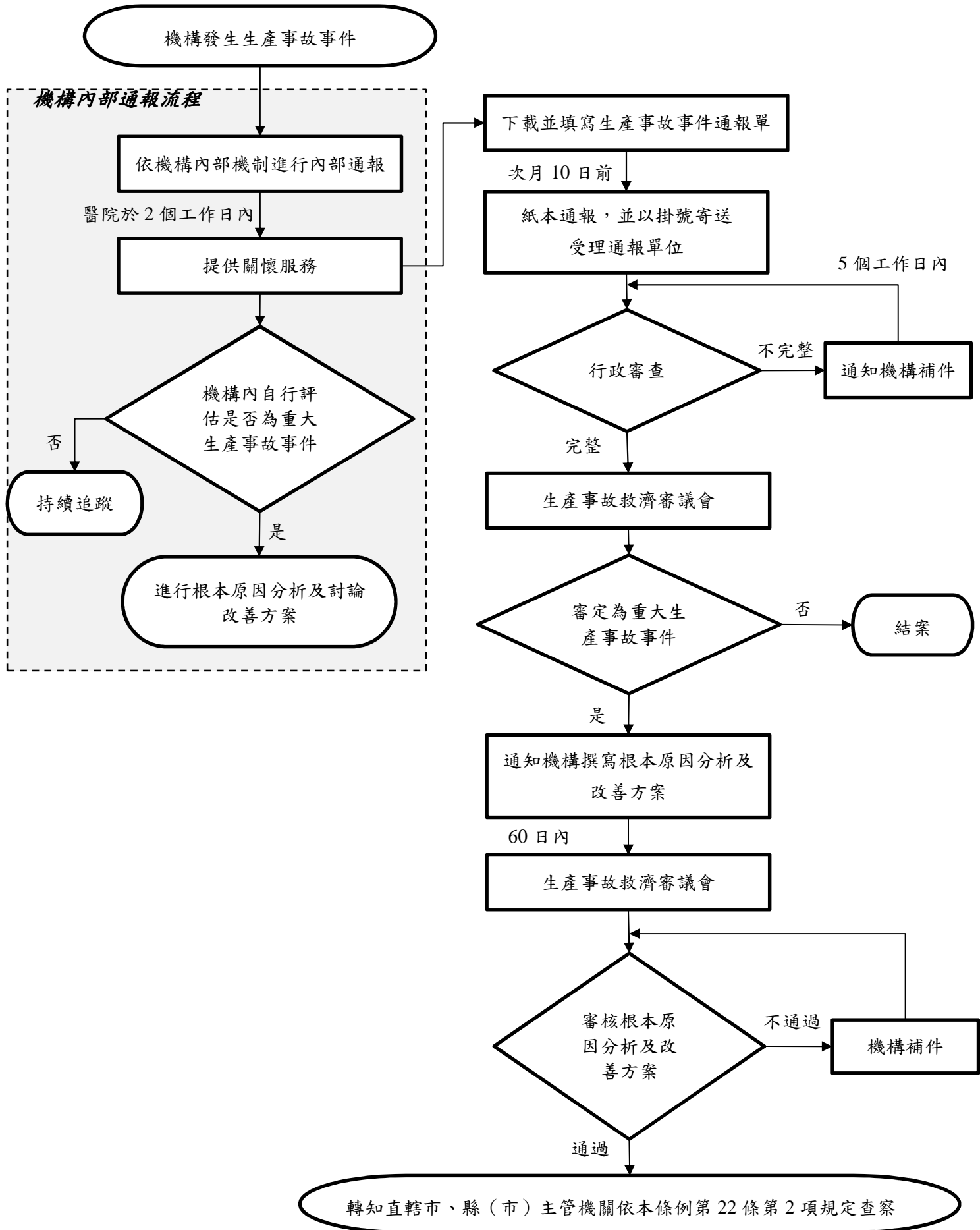
柒、通報資料審核

一、通報資料由受理通報單位進行行政審查，若有資料不全而需補件者，將通知於五個工作日內完成補件。

二、受理通報單位於接受通報後，送請生產事故救濟審議會審議。

三、生產事故事件經生產事故救濟審議會審定屬重大生產事故事件者，醫療機構或助產機構應依通知，於六十日內完成根本原因分析並提出改善方案。

生產事故事件通報流程圖



生產事故事件通報單

請蓋機構關防

一、 通報機構基本資料：

機構名稱：_____

機構代碼（10碼）：_____

負責醫師/負責助產人員姓名：_____

機構地址：（郵遞區號_____）_____

聯絡人：

服務單位：_____

姓名：_____

職稱：_____

E-mail：_____

聯絡手機：_____

聯絡電話：（_____）_____

傳真：（_____）_____

生產事故事件通報件數：共計_____件

備註：

1. 生產事故事件如併有產婦、胎兒或新生兒同受影響，請填寫於同一份生產事故事件通報單。
2. 醫療機構或助產機構應於生產事故事件發生後之次月十日前，向受理通報單位通報。
3. 醫院應設置生產事故關懷小組，於生產事故發生時二個工作日內，負責向產婦、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。

二、 生產事故事件通報表

生產事故事件通報表	
1.基本資料	產婦姓名：_____ 年齡：_____ 高危險妊娠個案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 懷孕史：孕次_____G、產次_____P；妊娠：_____週 ※受影響對象如包含新生兒，請填寫： 新生兒出生5分鐘時之APGAR Score分數： <input type="checkbox"/> 7以上 <input type="checkbox"/> 4-6分 <input type="checkbox"/> 3分以下 事故發生於新生兒出生第_____天
2.事件發生時間	_____年_____月_____日_____時
3.事件發生地點	<input type="checkbox"/> 一般病房 <input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 恢復室 <input type="checkbox"/> 產房 <input type="checkbox"/> 嬰兒室 <input type="checkbox"/> 新生兒病房 <input type="checkbox"/> 轉送途中 <input type="checkbox"/> 其他：_____
4.事件發生內容及可能原因(可複選)	產婦 ※收案對象係指妊娠期間及妊娠終止後42天內者 傷害程度： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重大傷害 <input type="checkbox"/> 無影響 事件發生可能原因： <input type="checkbox"/> 併發症(如羊水栓塞、產後大出血，請列舉：_____) <input type="checkbox"/> 醫療：診斷治療與處置照護相關 <input type="checkbox"/> 感染(如產後傷口感染、子宮感染) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻醉 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 藥物相關 <input type="checkbox"/> 疾病相關 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____
	胎兒 ※收案對象係指妊娠週數20週以上者 傷害程度： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 無影響 事件發生可能原因： <input type="checkbox"/> 併發症(周產期疾病) <input type="checkbox"/> 醫療：診斷治療與處置照護相關 <input type="checkbox"/> 子宮內胎兒死亡 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 臍帶異常、臍帶繞頸 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻醉 <input type="checkbox"/> 藥物相關 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____
	新生兒 ※收案對象係指分娩後1個月內者 傷害程度： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重大傷害 <input type="checkbox"/> 無影響 事件發生可能原因： <input type="checkbox"/> 併發症：_____ <input type="checkbox"/> 醫療：診斷治療與處置照護相關 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 胎兒窘迫(產前窒息、產程胎兒窘迫) <input type="checkbox"/> 臍帶異常、臍帶繞頸 <input type="checkbox"/> 感染：_____ <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻醉 <input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 猝死 <input type="checkbox"/> 藥物相關 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____

生產事故通報單回郵封面

220 新北市板橋區三民路二段31號5樓

電話：(02)8964-3000

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
生產事故通報小組 收

寄件人：
電話：