

兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑補充資料表 第 2 篇、醫療照護

醫院名稱：_____ 聯絡電話：_____

填表負責人：_____ 職稱：_____

※填表注意事項：

除規定於實地評鑑現場準備相關資料備查外，其餘資料恕無法於當日抽換。

一、異常事件

1. 貴院近 4 年（108 年~111 年）異常事件類別統計：

年度別 (次數)	108 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)				109 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)				110 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)				111 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)			
	有傷 害	無傷 害	跡近 錯失	無法 判定	有傷 害	無傷 害	跡近 錯失	無法 判定	有傷 害	無傷 害	跡近 錯失	無法 判定	有傷 害	無傷 害	跡近 錯失	無法 判定

備註：

1. 醫院可參考病人安全通報資料或自行界定異常事件類別，如：跌倒事件、藥物事件等。
2. 如表格篇幅不足，請自行增列。

三、全院全日三班護病比

1.111 年全院【急性一般病床】各月份全日護病比

月份	全院配置護理人員數	床位數 (A)	月平均佔床率 (B)	每月每日平均上班護理人員數				全日護病比 = $(A \times B \times 3 / C)$	白班護病比 = $(A \times B / D)$
				白班(D)	小夜	大夜	小計(C)		
1 月									
2 月									
3 月									
4 月									
5 月									
6 月									
7 月									
8 月									
9 月									
10 月									
11 月									
12 月									
平均值									

備註：

1.床位數(A)：係指於衛生局登記之開放「急性一般病床」數。

2.佔床率(B)：以當月佔床率為計算基準：

(1)計算公式：每月佔床率= $(\text{該類病床該月總住院人數}) \div (\text{該類病床數} \times \text{該月之日數}) \times 100 (\%)$ 。四捨五入取至小數點第 1 位。

(2)住院人日：以當月每日有辦理住院手續之住院兒童人數累計。計算方式為算進不算出，惟當日住出院者算 1 日住院人日。

3.護理人員數：護理人員滿 8 小時計 1 人，滿 4 小時計 0.5 人，未滿 4 小時不計；不含護理長、專科護理師及實習護士。

4.«平均值»欄位，係指 1 月至 12 月全日/白班護病比之加總平均，公式= $(1 \text{ 月全日/白班護病比} + 2 \text{ 月全日/白班護病比} + \dots + 12 \text{ 月全日/白班護病比}) / 12$ 。

2.112 年實地評鑑前【急性一般病房】各單位全日護病比

病房單位	科別	配置護理人員數	床位數 (A)	月平均佔床率 (B)	每月每日平均上班護理人員數				全日護病比 = $(A \times B \times 3 / C)$	白班護病比 = $(A \times B / D)$
					白班(D)	小夜	大夜	小計(C)		
總計		全日護病比 = $[(A_1 \times B_1) + (A_2 \times B_2) + \dots + (A_n \times B_n)] \times 3 / (C_1 + C_2 + \dots + C_n)$								

	白班護病比 $= \frac{(A_1 \times B_1) + (A_2 \times B_2) + \dots + (A_n \times B_n)}{(D_1 + D_2 + \dots + D_n)}$		
--	---	--	--

備註：

1. 「實地評鑑前」係指為本表繳交前 1 個月之該月份資料。
2. 床位數(A)：係指於衛生局登記之開放「急性一般病床」數。
3. 佔床率(B)：以當月佔床率為計算基準：
 - (1) 計算公式：每月佔床率 = (該類病床該月總住院人日數) ÷ (該類病床數 × 該月之日數) × 100 (%)。四捨五入取至小數點第 1 位。
 - (2) 住院人日：以當月每日有辦理住院手續者始列計。計算方式為算進不算出，惟當日住出院者算 1 日住院人日。
4. 護理人員數：護理人員滿 8 小時計 1 人，滿 4 小時計 0.5 人，未滿 4 小時不計；不含護理長、專科護理師及實習護士。
5. 如表格篇幅不足，請自行增列。

四、安寧照護服務

1. 是否訂定安寧照護服務適用作業常規與實施之程序？是 否
2. 是否設置安寧照護服務相關病房？是 (請續填 2.1) 否 (請續填 2.2)

2.1. 近 4 年 (108 年~111 年) 安寧病房接到申請請求轉入人數與實際收案療護人數比：

年度別	申請轉入人數(A)	實際住進人數(B)	比率(B/A*100%)
108 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)			
109 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)			
110 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)			
111 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)			

備註：申請轉入人數包含院內及院外。

2.2 遇有需安寧照護服務兒童之處理方式？

聯絡轉院 轉本院一般病房治療 其他，請說明：_____

五、營養管理及飲食指導

1. 是否提供飲食計畫、營養指導：○是（請續填 1.1） ○否

1.1. 每月平均營養指導件數

1.1.1. 個人：門診_____件/月；住院_____件/月

1.1.2. 團體：門診_____件/月；住院_____件/月

2. 是否實施居家兒童病人營養餐飲指導？○是，居家兒童病人營養餐飲指導_____件/月○否

備註：

1. 以評鑑前 4 年（108 年~111 年）計算各項服務之月平均。

2. 若提供營養指導未滿 4 年，則計算實際總年月之平均。

六、急診

（貴院是否有急診業務或設有急診：○是，請續填本項○否，本項免填）

1. 111 年總急診兒童人次_____人 \div 5000 = 所需專科醫師數_____人

（專任專科醫師數_____ \div 所需專科醫師數_____） \times 100% = _____%

2. 急診服務量與品質監督（請依下列表格方式填寫 111 年資料）：

項 目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
急診就醫人次												
檢傷分類第一級兒童的比率(%)												
檢傷分類第二級兒童的比率(%)												
檢傷分類第三級兒童的比率(%)												
檢傷分類第四級兒童的比率(%)												
檢傷分類第五級兒童的比率(%)												
急診兒童住進一般病床比率(%)												
急診兒童安排住進一般病床而未住院比率(%)												
全院一般病床兒童從急診住進之比率(%)												
急診兒童安排住進加護病床而未住院比率(%)												
急診兒童住進加護病床比率(%)												
全院加護病床兒童從急診住進之比率(%)												

項 目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
急診兒童於 72 小時內再返診之比率												
兒童置留急診 24-48 小時之比率(%)												
兒童置留急診 48-72 小時之比率(%)												
兒童置留急診超過 72 小時之比率(%)												
應住一般病床而未能 12 小時內住進的比率(%)												
應住加護病床而未能 6 小時內住進的比率(%)												
等手術時間超過 1 小時的比率(%)												
從急診轉院的比率(%)												
從急診自動出院的比率(%)												
到院前心臟停止(OHCA)的兒童數												
OHCA 兒童轉出急診時 ROSC 的比率(%)												

備註：急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以醫囑開立時間起算。

七、重、難症照護服務

1. 健保門診服務量與住診服務量之比值

年度	申請健保門診人次	申請健保門診點數(A)	申請健保住診人次	申請健保住診點數(B)	比值(A/B)
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

備註：「健保門診人次」之統計不包含門診洗腎、急診、牙醫及中醫。

2. 急診檢傷分類之服務量與住院之比例統計

年度	檢傷分類	外傷			非外傷		
		人次(A)	住院人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(E)	住院人次(F)	比率(%) (F/E)
108 年	一級						
	二級						
	三級						
	四級						
	五級						
109 年	一級						
	二級						
	三級						
	四級						
	五級						
110 年	一級						
	二級						
	三級						
	四級						
	五級						
111 年	一級						
	二級						
	三級						
	四級						
	五級						

3. 108-111 年門診重、難症照護成效及持續改善計畫執行情形

年度	照護成效及持續改善計畫名稱	計畫目標	改善情形
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

備註：提供 108-111 年門診重、難症照護成效及持續改善計畫及執行成果，內容包括設定目標、評量指標、實際推動過程（組織與流程與方法等）、結果品質指標及改善情形，各年度計畫數量列舉不超過 5 項。

4.急診住院入住加護病房比例統計

年度	急診兒童直接轉住加護病房人次 (A)	全院加護病房住院人次 (B)	比率 (%)(A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

5.加護病房兒童嚴重度之統計分析

說明：

- (1)死亡率= (該年度「無手術」或「手術後」兒童於加護病房死亡之人數/該年度該加護病房各級距「無手術」或「手術後」兒童之入住人數) *100%。
- (2)手術後兒童死亡率係指兒童在住院期間手術後，入住加護病房期間死亡之個案；無論兒童死亡之原因是否與手術有關皆列入計算。
- (3)醫院依照不同之加護病房（如兒科加護病房、新生兒加護病房等）分別製表。
- (4)兒科加護病房採用 PRISM III Score、新生兒加護病房採用 NTISS，或依該病房疾病嚴重度評估系統分別統計。

5-1.無手術兒童於加護病房之統計分析

床數	PRISM III Score	108 年				109 年				110 年				111 年			
		入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
○加護病房，共設置 ○床	0-4																
	5-9																
	10-14																
	15-19																
	20-24																
	25-29																
	30-34																
	≥35																
○床	總人數																
	≥15 合計																

5-2.加護病房之「手術後兒童」嚴重度評估統計分析

床數	PRISM III Score	108 年				109 年				110 年				111 年			
		入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
○ 加護病房，共設置 ○ 床	0-4																
	5-9																
	10-14																
	15-19																
	20-24																
	25-29																
	30-34																
	≥35																
	總人數																
≥15 合計																	

5-3.無手術新生兒於加護病房之統計分析

床數	NTISS	108 年				109 年				110 年				111 年			
		入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
○ 加護病房，共設置 ○ 床	0-4																
	5-9																
	10-14																
	15-19																
	20-24																
	25-29																
	30-34																
	≥35																
	總人數																
≥15 合計																	

5-4.加護病房之「手術後新生兒」嚴重度評估統計分析

床數	NTISS	108 年				109 年				110 年				111 年			
		入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
○ 加護病房，共設置 ○ 床	0-4																
	5-9																
	10-14																
	15-19																
	20-24																
	25-29																
	30-34																
	≥35																
	總人數																
≥15 合計																	

6.急診接受其他醫療機構轉診且住院之人次統計

年度	急診接受其他醫療機構轉診且住院人次				
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	合計
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					
小計					

7.具特色之特定醫療服務統計

醫療服務名稱	簡述	各年度服務量 (若可量化, 請填寫)				
		108 年	109 年	110 年	111 年	合計

八、加護病房

(貴院是否設置加護病房：○是，請續填本大項 ○否，本項免填)

1. 貴院共有_____個加護病房：

加護病房名稱	開放病床數	使用病床數	隔離病床數	加護病房主任姓名	專責主治醫師人數	專任主治醫師人數	夜間及假日有需有醫師值班 (不含 PGY 醫師)	專責呼吸治療師人數	呼吸治療師是否 24 小時服務	疾病嚴重程度評估工具 ^{註 1}

備註：

1. 本列請填寫疾病嚴重程度評估工具之代號：(1)APACHE II、(2) APACHE III、(3)TISS、(4)PRISM CORE、(5)CRIB、(6)COMA SCALE、(7)其他。

2. 如表格篇幅不足，請自行增列。

2.加護病房組織

加護病房名稱	年平均住院日	年平均佔床率 (%)	48 小時重返 ICU 率 (%)	年平均死亡率 (%)	年平均自動出院比率 (%)	年平均轉院比率 (%)	年平均加護病房感染密度 (‰)	呼吸器 (台)	脈搏血氧監視器 (個)	血液透析設備 (台)	洗手台設備 (個)	有無動脈血液氣體 (ABG) 分析儀	有無專用超音波設備	有無臨床藥師固定評估兒童病人	有無營養師固定評估兒童病人	有無社工師固定評估兒童病人

備註：

- 1.年平均住院日、年平均佔床率、48 小時重返 ICU 率、年平均死亡率、年平均自動出院比率、年平均轉院比率、年平均加護病房感染密度：以評鑑申請前 1 年之資料為計算基準。
- 2.如表格篇幅不足，請自行增列。

3.加護病房護理人力及素質資料表

加護病房名稱	床位数	年平均佔床率 (%)	護理人員數	護理人員床位比	ICU 訓練合格人數	ICU 訓練合格率 (%)	持 APLS/PALS/NRP 證書人數	持 APLS/PALS/NRP 證書之比率 (%)	加護病房工作 2 年以上且領有 NRP/PALS 證書與加護訓練證書者	加護病房工作 2 年以上且領有 NRP/PALS 證書與加護訓練證書者之比率 (%)

備註：

- 1.床位数：係指於衛生局登記之開放床數計。
- 2.年平均佔床率：以評鑑申請前 1 年之全年平均佔床率為計算基準。
- 3.護理人員數：護理人員數為含護理長之人員數。
- 4.護理人員與床位比計算公式：臨床護理人員 / (病床數 x 佔床率)。
5. ICU 訓練合格率：領有 250 床以上教學醫院 100 小時以上加護中心訓練與 APLS/PALS/NRP 證書者為合格。
計算公式：(有加護病房訓練合格證書人數 ÷ 加護病房護理人員數) × 100%
- 6.持 APLS/PALS/NRP 證書人數及比率：過期失效之證書不予列計。
- 7.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 PALS/NRP 證書者之比率計算公式：
(加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 PALS/NRP 證書者 ÷ 加護病房護理人員數) × 100%
- 8.如表格篇幅不足，請自行增列。

九、精神科醫療作業

(貴院是否設有精神科：○是，請續填本項 ○否，本項免填)

1.精神科人員配置 (請填人數)

分類 \ 年度別	108.12.31	109.12.31	110.12.31	111.12.31
主治醫師以上				
住院醫師				
護理人員 (含護理師及護士)				
臨床心理人員				
精神醫療職能治療人員				
精神醫療社會工作人員				
合計				

備註：主治醫師以上含院長、副院長、各科主任。

2.精神科業務資料

項目 \ 年度別	108 年 (1月1日~12月31日)	109 年 (1月1日~12月31日)	110 年 (1月1日~12月31日)	111 年 (1月1日~12月31日)
門診人次				
急診人次				
特殊病例治療業務 (人次)	家暴			
	性侵害			
	網路/物質成癮			
	自殺防治			

3.精神科醫療設施

3.1.病房設施包含：(未設病房者免填)

- 診療室 護理站 (含準備室、藥櫃、急救設備)
 保護室 (具有保護兒童病人之設備) 活動室 會客室 浴室廁所
 緊急聯絡設備 醫師值班室 護理人員值班室 其他人員值班室

3.2.門診設施 (未設門診者免填)

3.2.1.門診時段 (可複選)： 上午 下午 夜間

3.2.2.門診設備 (可複選)： 診療室 會談室 團體治療室 其他，請說明_____

4.照會及轉診服務

4.1.貴院有無精神科照會轉介單：

○有，接受照會轉介單後，貴院 (科) 之回復百分比為_____ % ○無

十、藥事作業

1. 藥品管理

1.1. 藥品之採購、驗收、儲存、保管與供應及藥品進出庫房使用量是否有詳細帳目以供查核？○是 ○否

1.2. 對於院內藥品是否有建立存量及效期管制？○是 ○否，請說明_____

1.3. 貴院多久處理一次過期或不適用之藥品？_____，並請準備相關紀錄備查

2. 藥物不良反應通報統計表

年度別 項目		108 年	109 年	110 年	111 年
		(1 月 1 日~12 月 31 日)	(1 月 1 日~12 月 31 日)	(1 月 1 日~12 月 31 日)	(1 月 1 日~12 月 31 日)
藥品	不良反應				
	不良品				
醫療器材	不良反應				
	不良品				

備註：「不良反應」係指基於證據、或是可能的因果關係，而判定在任何劑量下，對藥品與醫療器材所產生之有害的、非蓄意的個別反應。

3. 用藥品質監測（異常事件件數）統計表

年度別 錯誤發生階段	108 年			109 年			110 年			111 年		
	(1 月 1 日~12 月 31 日)			(1 月 1 日~12 月 31 日)			(1 月 1 日~12 月 31 日)			(1 月 1 日~12 月 31 日)		
	門診	急診	住院	門診	急診	住院	門診	急診	住院	門診	急診	住院
醫囑開立與輸入												
處方籤交付												
藥局調劑												
傳送過程												
給藥階段												
其他（不知道）												

十一、手術、麻醉部門

(貴院是否設置外科系相關科別：○是，請續填本項 ○否，本項免填)

備註：外科系科別包括-外科、婦產科、麻醉科、神經外科、泌尿科、骨科、耳鼻喉科、眼科、整形外科、口腔顎面外科。

1. 各科之手術人次統計 (含門診及住院)

科別	手術人次			
	108 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)	109 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)	110 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)	111 年 (1 月 1 日~12 月 31 日)
外科				
婦產科				
神經外科				
泌尿外科				
骨科				
耳鼻喉科				
眼科				
整形外科				
口腔顎面外科				
心臟血管外科				
胸腔外科				
直腸外科				
小兒外科				
合計				

備註：如表格篇幅不足，請自行增列。

2. 術後兒童併發症發生率為 _____ %，併發症之死亡率 _____ %。(近 4 年平均)

3. 麻醉執行狀況 (請在實施狀況下擇一打“√”)

項目	實施狀況				全年病症病例數 (111.1.1~111.12.31)
	醫院無提 供該類服 務	兼任麻醉 科醫師支 援	院內專任麻 醉科醫師執 行	其他專科 醫師執行	
神經阻斷術					例
脊椎麻醉					例
硬膜外麻醉 (腰部)					例
硬膜外麻醉 (頸部、胸部)					例
全身麻醉 (ASA-PS 1 和 2)					例
全身麻醉 (ASA-PS 3 以上或是 開心術、新生兒手術、					例

項目	實施狀況				全年病症病例數 (111.1.1~111.12.31)
	醫院無提供該類服務	兼任麻醉科醫師支援	院內專任麻醉科醫師執行	其他專科醫師執行	
肝臟手術、脊髓手術)					
全身麻醉 (心臟移植、肝臟移植)					例
硬膜外刺激電極植入術					例

4. 是否有麻醉醫師？○是 (請續填 4.1~4.2) ○否

4.1. 專任 _____ 名，近 4 年每人每年麻醉病例數：

108 年 _____ 例；109 年 _____ 例；110 年 _____ 例；111 年 _____ 例

4.2. 兼任 _____ 名，近 4 年每人每年麻醉病例數：

108 年 _____ 例；109 年 _____ 例；110 年 _____ 例；111 年 _____ 例

十二、醫院手術煙霧之減量與排除

1. 貴院是否訂有政策，檢討手術煙霧之減量與排除？○是 ○否

2. 貴院是否有提供手術室工作人員呼吸防護具，如：N95 等級以上口罩？○是 ○否

十三、全院滅菌設備清單及置放地點

1. 貴院是否自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔？(設有牙醫及中醫部門者需納入) ○是 (請續填 1.1) ○否

1.1 貴院衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌設備數量及置放地點 (含院外)：

置放樓層/單位	滅菌設備種類及數量					
	高壓蒸氣滅菌鍋	桌上型高壓蒸氣滅菌鍋	環氧乙烷低溫滅菌鍋	過氧化氫電漿低溫滅菌鍋	過醋酸低溫滅菌鍋	其他

2. 貴院衛材、器械 (消耗性醫材除外) 滅菌業務是否外包 (送至同體系之總院、分院或院區除外)？○是 (請續填 2.1 至 2.4) ○否

2.1 外包衛材、器械滅菌項目請填具下表：

受委託單位/機構	品項
	○布包類 ○器械包盤類 ○醫材類 ○其他
	○布包類 ○器械包盤類 ○醫材類 ○其他

備註：如表格篇幅不足，請自行增列。

2.2 受委託單位/機構是否具衛生主管機關檢驗合格證書？○是 ○否

2.3 受委託單位/機構是否提供滅菌結果報告？○是 ○否

2.4 是否明訂檢核作業程序內容，如：外觀完整、滅菌標籤、有效期限等？○是 ○否

十四、醫事檢驗或臨床病理

1. 貴院醫事檢驗或臨床病理服務是否有委外代檢制度？○是 ○否

2. 貴院是否設有輸血作業及血品管理？○是（請續填 2.1~2.2） ○否

2.1 用量：（以 111 年全年之用量計算，以 250 毫升血液分離出來為一單位）

全血：_____單位；紅血球濃厚液：_____單位

血小板濃厚液：_____單位；新鮮冷凍血漿：_____單位

冷凍血漿：_____單位；冷凍沉澱品：_____單位

其他：_____

2.2 血庫作業：（108.1.1~111.12.31）

2.2.1 ABO Grouping 平均：_____件/年

2.2.2 Antibody Screening 平均：_____件/年

2.2.3 Alloantibody 抗體鑑定平均：_____件/年，陽性率_____%，

鑑定出來之抗體種類：_____

2.2.4 Cross matching：_____件/年

2.2.5 Direct Coombs test：_____件/年，陽性率_____%

2.2.6 自體抗體檢驗：_____件/年

3. 檢驗作業是否部分外送：○是（請續填 3.1~3.3） ○否

3.1 111 年貴院外送委託檢驗項目及代檢機構情形：

科 目	項 目	件/月	代檢機構	代(委)檢機構檢驗單位負責人

3.2 緊急檢驗平均於收件後多久發報告？_____分鐘

3.3 緊急檢驗於收到檢體後 30 分鐘內完成檢驗之比率：

CBC _____%；WBC classification _____%；glucose _____%；生化 _____%

尿液或體液 _____%；尿液或體液鏡檢 _____%。

4. 常規臨床檢驗於收到檢體後 8 小時內完成檢驗發出報告之比率 _____%。

5. 檢驗項目以及檢驗件數（108.1.1~111.12.31）

檢驗種類	院內可進行的檢驗最頻繁項目		外送代檢最頻繁項目	
	項目名稱	檢體件數	項目名稱	檢體件數
一般檢驗		件/年		件/年

檢驗種類	院內可進行的檢驗最頻繁項目		外送代檢最頻繁項目	
	項目名稱	檢體件數	項目名稱	檢體件數
血液檢驗		件/年		件/年
生化檢驗		件/年		件/年
血清免疫檢驗		件/年		件/年

6.關於微生物檢驗（請在實施狀況下擇一打“√”）

檢查種類	實施狀況		
	醫院無實施該類業務	業務外送	院內專職工作人員執行
直接塗抹染色			
嗜氧細菌培養檢驗			
厭氧細菌培養檢驗			
真菌培養檢驗			
細菌鑑定			
藥物敏感性			
耐酸菌培養·鑑定檢驗			
耐酸菌 PCR 檢驗			
病毒培養·鑑定檢驗			
病毒 PCR 檢驗			

十五、解剖病理作業

1.過去 4 年內之解剖病理服務總量：

108 年___件；109 年___件；110 年___件；111 年___件。

2.請將 111 年做過之件數或轉介之件數及轉介地點填於下表：

解剖病理類別	本院自行處理之件數	轉介其他醫院之件數	說明轉介地點
一般組織切片			
冷凍切片			
死後病理解剖			
細胞學檢驗			

2.1.與臨床各科召開聯合討論會___次/月，參與科別包括：_____。

2.2.病理報告於規定內時間完成：

2.2.1 簡單病例之病理報告在 3 個工作天內完成之比率為___%。

2.2.2 小件規定完成時間：___天，依規定時間完成之比率為___%。

2.2.3 大件規定完成時間：___天，依規定時間完成之比率為___%。

2.2.4 細胞抹片規定完成時間：___天，依規定時間完成之比率為___%。

2.2.5 冰凍切片於收到檢體後 20 分鐘內完成檢驗發出報告之比率為___%