

偏遠地區遠距醫療建置計畫資源盤點作業資料表

※填表注意事項：

1. 資料統計期間自 112 年 7 月 1 日至 113 年 4 月 30 日止。
2. 填寫過程如有疑義，敬請不吝來電詢問，連絡電話：(02) 89643000 分機 3067 (林依玟專員)、分機 3066 (廖偉岑專員)。

一、基本資料

補助醫院名稱：_____

補助改善地區：_____ (縣/市) _____ (鄉/鎮/市/區)

補助改善措施： 設立夜間及假日救護站
 設立觀光地區急診醫療站
 提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力
 強化醫療資源不足地區 24 小時急診能力

遠距會診執行時段： 提供全時段 (即 24 小時) 之病人遠距會診服務
 提供 _____ (如：星期六上午、星期日全天) 時段之病人遠距會診服務
 其它：_____

補助改善地點：_____ (即緊急醫療資源缺乏地區之醫院或設置醫療站、救護站地點)

計畫申請人：_____ 職 稱：_____

計畫聯絡人：_____ 職 稱：_____

聯絡電話：_____ 傳 真 電 話：_____

電子郵件：_____

填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

二、醫療人員配置

1. 醫師人數：_____ 人，科別：_____
2. 護理人員數：_____ 人
3. 病床資源：共 _____ 床，一般病床數：_____ 床，特殊病床數：_____ 床

三、策略發展現況 (請確實依盤點項目逐項敘述執行現況)

盤點項目	請依現況進行勾選	有/是 無/否		執行情形、困難與需求 (請具體描述並避免空泛性之敘述)
		有/是	無/否	
遠距會診	1. 是否使用過遠距醫療/會診	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. 訂有遠距醫療/會診啟動機制或相關作業流程	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3. 遠距醫療/會診設備建置現況	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4. 是否曾使用過「空中轉診後送遠距會診平臺」	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

盤點項目	請依現況進行勾選	有/是	無/否	執行情形、困難與需求 (請具體描述並避免空泛性之敘述)
	5.遠距醫療人力配置	○	○	
	6.遠距醫療科別	○	○	
	7.遠距醫療人次	○	○	年總人次：_____人次 月平均人次：_____人次
	8.遠距會診合作機構	○	○	
	9.遠距會診服務科別	○	○	
	10.遠距會診人次	○	○	年總人次：_____人次 月平均人次：_____人次
	11.遠距醫療啟動平均時間	○	○	
	12.透過遠距醫療/會診後轉診人次統計	○	○	年總人次：_____人次 月平均人次：_____人次
	13.遠距醫療/會診轉診科別	○	○	
	14.執行遠距醫療/會診是否有效降低醫療成本	○	○	
	15.人員遠距醫療教育訓練情形	○	○	
	16.調查就醫病人及當地民眾對遠距醫療就醫之滿意度	○	○	
綠色通道	1.救護車數量(含自有、外包或與相關單位合作,可複選)	○	○	○自有____台;其中,一般型____台、加護型____台 ○外包或與相關單位合作,____台;其中,一般型____台、加護型____台
	2.承第1項,救護車若為外包或與相關單位合作,平均到院時間(自CALL OUT到救護車抵達之平均時間,得以消防局緊急救護送醫統計為主)	○	○	
	3.救護車抵達後送醫院平均時間	○	○	
	4.距離最近消防分隊之車程時間	○	○	
	5.是否有簽定綠色通道合作機構/科別	○	○	
	6.與合作機構訂有綠色通道轉診流程(包含建立轉送病人間醫療人員溝通管道、行政作業準備及病人資訊傳遞無障礙情形)	○	○	

盤點項目	請依現況進行勾選	有/是	無/否	執行情形、困難與需求 (請具體描述並避免空泛性之敘述)
	7.啟動綠色通道病人轉診人次統計	○	○	年總人次：_____人次 月平均人次：_____人次
	8.啟動綠色通道就醫疾病統計	○	○	
	9.啟動綠色通道病人作第一張 EKG 時間之改善狀況	○	○	
	10.啟動綠色通道前後之後送時間改善情形	○	○	
	11.啟動綠色通道前後之行政作業改善情形	○	○	
	12.啟動綠色通道前後之病人資訊傳遞改善情形	○	○	
	13.啟動綠色通道改善病人到院前死亡狀況	○	○	
安全轉診	1.是否能於病人到院有效傳遞病歷資料(含文字、聲音、圖片及影像)及傳輸方式	○	○	
	2.病歷傳輸模式/系統	○	○	
	3.轉診紀錄完整(含文字、聲音、圖片及影像)	○	○	
	4.視訊會診之內容是否具回溯性	○	○	
	5.訂有資料傳輸安全性之規範與機制(如：加密措施、電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，且應注意資訊安全與病人隱私)	○	○	
區域聯防	1.本地區醫療院所數	○	○	
	2.本地區民眾主要急診就醫之醫院	○	○	請列舉前三家機構(含縣市別/機構名稱)：
	3.本地區鄰近之急救責任醫院與等級或醫療服務科別	○	○	請列舉前三家機構(含縣市別/機構名稱)：
	4.承第 3 項，距離前開機構之平均車程時間	○	○	
	5.是否與前開或其他機構訂有區域聯防合作機制或計畫	○	○	
	6.請簡述最近一次區域聯防轉診執行經驗	○	○	

盤點項目	請依現況進行勾選	有/是	無/否	執行情形、困難與需求 (請具體描述並避免空泛性之敘述)
	7.區域轉診機構統計	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1.網絡內轉診前三家機構(含縣市別/機構名稱): 2.跨網絡轉診前三家機構(含縣市別/機構名稱):
	8.區域轉診人次	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1.網絡內轉診人次: 年總人次_____人次 月平均人次:_____人次 科別(請排序前五名): 2.跨網絡轉診人次: 年總人次_____人次 月平均人次:_____人次 科別(請排序前五名):
其他執行建議或需求	(如:「緊急醫療資源不足地區改善計畫」執行方式與支援模式修正建議。) 補助地區參與計畫之整體說明及其挹注內容:(如偏遠地區遠距醫療建置計畫、IDS計畫...等)			

備註：如表格不敷使用，請自行增列。