

國立暨南國際大學游泳池活動意外事故處理編組與處理流程

108年1月08日107學年度第1學期第5次通識教育中心業務會議通過
108年1月29日第509次行政會議通過後實施

一、目的:為處理游泳池活動發生意外事故，使其傷害及不良影響降至最低，特訂定本處理流程。

二、依據:中華民國107年5月21日教育部臺教授體部字第1070016735B號令訂定發布公共運動設施設置及管理辦法全文13條，除第9條及第10條自發布日後一年施行外，自發布日施行。

三、活動意外事故範圍為本校辦理校內游泳活動如游泳教學、比賽等發生之溺水事件。

四、成立游泳池活動意外事故處理小組編組及分工，參考編組及分工如下:

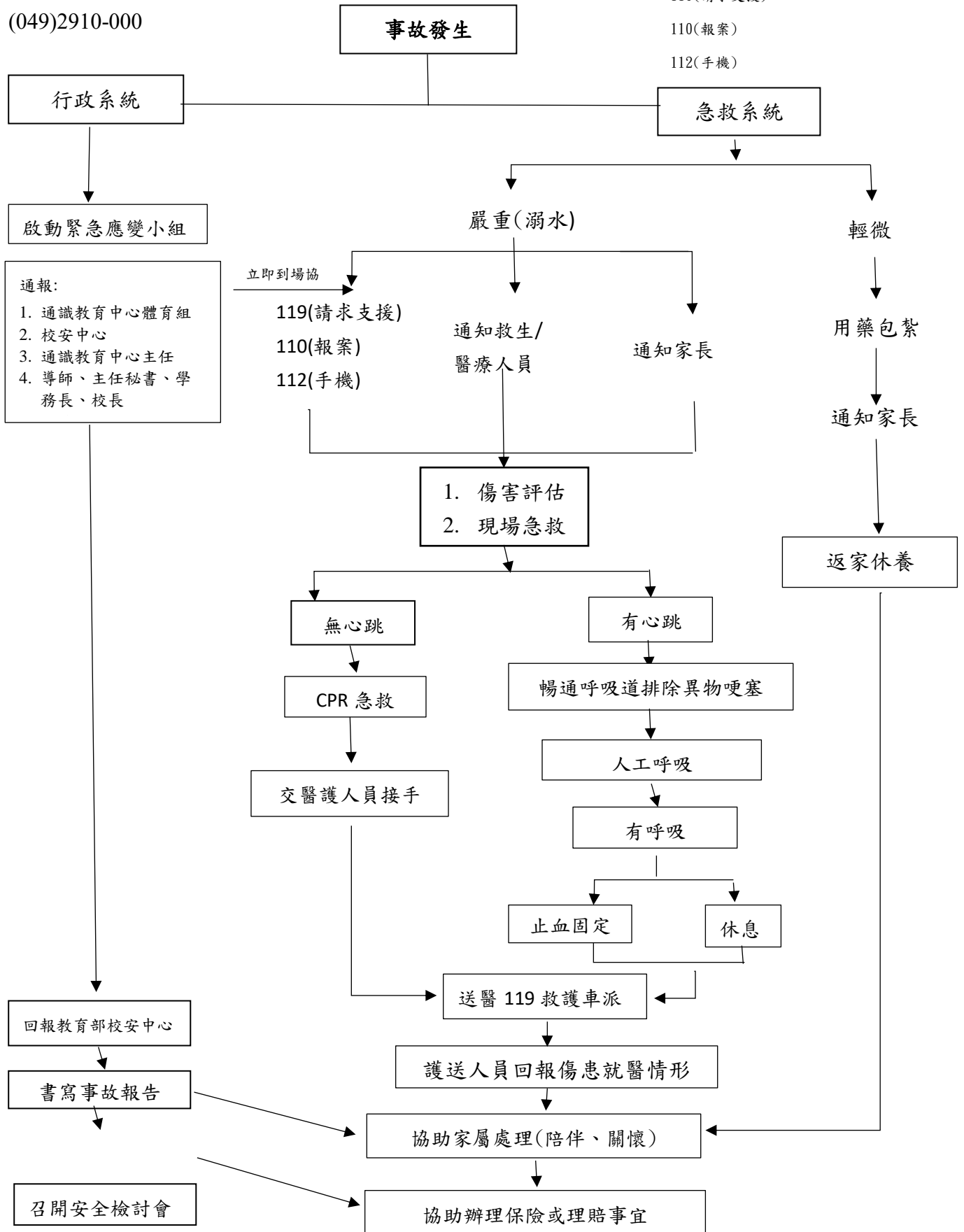
組別	職稱	職掌
召集人	校長	指揮、召開會議。
副召集人	通識教育中心主任	協助召集人指揮、召開會議。
執行秘書	體育組組長	1. 擬定工作計畫、工作組織並推動小組相關業務。 2. 設置並公告事故處理小組緊急聯絡電話。 3. 負責校內外各單位聯繫工作。
發言人	主任秘書	1. 相關事項說明及對外發言。 2. 新聞稿審核與發佈。
機動組	校安中心主任 學務處生輔組組長 教官 警衛室	1. 事件現場維護與圍觀民眾疏散。 2. 緊急聯絡學生家長、導師。 3. 善後處理。 4. 統合校內外聯絡及對上級通報反映流程管控。 5. 及時填報校安通報系統。
醫護組	衛保組組長 護理師	1. 協助安排送醫。 2. 學生傷害包紮及救護事宜。
支援組	學務長 總務長 事務組組長 文書組組長 出納組組長 營繕組組長	1. 統合相關經費籌措合宜。 2. 校內外有關事務之申訴、申裁、救助、賠償等協調工作。 3. 現場善後及復原事宜。 4. 器材及設備安全檢修事宜。 5. 增強社區人士溝通與資源利用。 6. 會議記錄與資料蒐集、彙整與存檔。 7. 法律顧問聯絡及提供法律問題諮詢。
輔導組	學務處諮商中心主任 學務處諮商心理師 學務處個案管理師 輔導員	1. 心理輔導與建設防止二度傷害(當事人、家長、同班同學或相關人士)。 2. 心理輔導事宜並建立副導相關資料及紀錄備查。

五、游泳池活動意外事故處理流程如下:

游泳池活動意外事故處理流程圖

(通報學校緊急聯絡電話中心)
(049)2910-000

119(請求支援)
110(報案)
112(手機)



醫療規劃：

鄰近後送醫院規劃：

1.

醫院名稱	埔里基督教醫院
電話	049-291-2151#2150
地址	54546 南投縣埔里鎮鐵山路一號

2.

醫院名稱	台中榮民總醫院-埔里分院
電話	(049) 299-0833 (049) 291-6041&291-5051
地址	院本部地址：54552 南投縣埔里鎮榮光路 1 號 市區門診部：54551 南投縣埔里鎮中山路三段 339 號

公眾自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 使用紀錄表

AED 資訊 (必填)	廠牌	型號
	序號	
1) 報告者資訊		
報告者姓名 (必填)		聯絡電話 (必填)
		報告日期 (必填)
反應者身分 (必填)	<input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員 <input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
反應者訓練資料 (必填)	<input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術 (CPR) 或 AED 相關訓練 <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練：_____ <input type="checkbox"/> 不詳	
2) 事故資訊		
事故地點 (必填)		
事故通報日期/ 時間 (必填)	____年__月__日__時__分 (24 小時制)	
AED 使用地點 (必填)	<input type="checkbox"/> 同事故地點 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
事故描述 (必填)		
3) 病患與急救資訊		
病患資料	姓名 (若知道) :	病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定
		病患年紀約__歲
急救模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣 <input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 其他：說明_____	
AED 抵達日期/ 時間	(必填) ____月__日__時__分 (24 小時制)	AED 電擊次數 (必填) _____次
病患預後 (必填)	<input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳 <input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術 (DNAR) <input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 明顯死亡 <input type="checkbox"/> 其他：說明_____	
病患轉送模式 (必填)	<input type="checkbox"/> 119 救護車 或 <input type="checkbox"/> 其他救護車_____ <input type="checkbox"/> 其他車輛或交通工具：說明_____ 送離現場時間：____年__月__日__時__分 (24 小時制)	
病患動向 (必填)	<input type="checkbox"/> 醫院：_____醫院 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
其他說明：	填表人 姓名： 聯絡電話： 電子郵件： 填寫日期：____年__月__日	