

○○縣/市醫療暴力案件多向通報單(稿)

1. 先報案110/轄區派出所 _____派出所 年 月 日 時 分		2. 通報○○地方檢察署 傳真：○○○○○○○○ 電話：○○○○○○○○		3. 通報○○縣市政府衛生局 傳真：○○○○○○○○ 電話：○○○○○○○○		4. 告知受害者所屬公會 電話：○○○○○○○○			
基本資料	機構名稱：_____		通報時間：_____年 月 日 時 分						
	機構地址：_____								
	聯絡人姓名：_____		單位： <input type="checkbox"/> 公關 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 其他：			職稱：_____			
電話：_____		手機：_____		Email：_____					
案件資訊	施暴者資料	<input type="checkbox"/> 單一施暴者 <input type="checkbox"/> 多位施暴者 <input type="checkbox"/> 不清楚或無資料免填							
		施暴者身分： <input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 路過民眾 <input type="checkbox"/> 其他：							
		姓名：_____		性別：_____		身分證字號：_____		出生年月日：_____年 月 日	
		聯絡電話：_____			地址：_____				
	發生時間：_____年 月 日 時 分(24小時制)								
	發生地點： <input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 病房 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	受害者： <input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 其他就醫病人 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他醫事人員 <input type="checkbox"/> 照護服務員 <input type="checkbox"/> 救護技術員 <input type="checkbox"/> 駐衛警保全人員 <input type="checkbox"/> 行政人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	發生原因： <input type="checkbox"/> 溝通因素 <input type="checkbox"/> 疾病因素 <input type="checkbox"/> 物質濫用(藥癮/酒癮) <input type="checkbox"/> 病人間爭議 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	案件說明	傷害型態		<input type="checkbox"/> 言語暴力(如：咆哮、謾罵、口頭威脅) <input type="checkbox"/> 肢體傷害					
		財產損失		<input type="checkbox"/> 毀損物品(醫療設備)： <input type="checkbox"/> 涉及保護生命之設備 <input type="checkbox"/> 未涉及保護生命之設備 <input type="checkbox"/> 毀損物品(無醫療設備) <input type="checkbox"/> 其他：_____					
如何妨礙醫療救護業務執行		(請簡述具體妨礙情事)							
執行業務之醫事/救護人員		姓名 職稱 提出_____告訴	姓名 職稱 提出_____告訴	姓名 職稱 提出_____告訴	姓名 職稱 提出_____告訴				
受理欄	<input type="checkbox"/> 派出所 <input type="checkbox"/> 地檢署 <input type="checkbox"/> 衛生局		承辦人/值班法警	處理情形	主管/主任檢察官	局長/檢察長			
			年 月 日						

★ 注 意 事 項	1. 發生暴力事件時，機構應立即啟動應變流程及處置， 務必撥打110或當地警察局/派出所報案 ，以排除或制止暴力事件，並請協助到場處理員警蒐集保全相關證物。 2. 本通報單為 多向通報單 ，請以傳真/Email 通報地檢署、衛生局，受害者若為醫事人員，並請致電知會受害者所屬公會。 灰底免填 。 3. 請 確實填寫 通報聯絡人姓名及電話，宜為公關室等 能隨時聯繫 之窗口，以利後續聯絡。 4. 本通報單電子檔請至○○縣/市政府衛生局網站下載使用。
相 關 法 規	1. 醫療法第24條第2項規定，為保障就醫安全， 任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行 ；第4項規定，違反第2項規定者，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。 2. 醫療法第106條規定 (1) 違反第24條第2項規定者，處新臺幣3萬元以上5萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。 (2) 毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處3年以下有期徒刑、拘役或新臺幣30萬元以下罰金。 (3) 對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處3年以下有期徒刑，得併科新臺幣30萬元以下罰金。 (4) 犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無期徒刑或7年以上有期徒刑；致重傷者，處3年以上10年以下有期徒刑。 3. 刑法第277條傷害罪、第278條重傷害罪、第304條強制罪、第305條恐嚇罪、第309條公然侮辱罪、第352至第354條毀損罪。
機 構 自 主 檢 查 表	<input type="checkbox"/> 現場人員啟動院內應變流程及內部通報。 <input type="checkbox"/> 通報現場主管及駐警隊或保全，進行現場蒐證（錄影、錄音、拍照等…）。 <input type="checkbox"/> 向警察機關報案。 <input type="checkbox"/> 傳真或 Email 通報： <input type="checkbox"/> 地檢署 <input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 協助受害者： <input type="checkbox"/> 協助受害員工進行驗傷、就醫及備案。 <input type="checkbox"/> 確認蒐證資料完整。例：病歷、監視器畫面、驗傷單及物品損害拍照等。 <input type="checkbox"/> 受害者後續關懷（含法律及心理諮詢）。 <input type="checkbox"/> 告知受害醫事人員所屬公會。 <input type="checkbox"/> 登錄衛生福利部台灣 病人安全通報系統。 <input type="checkbox"/> 院內檢討會議或異常事件報告，進行改善及檢討。 <input type="checkbox"/> 判決結果通報衛生局。 <input type="checkbox"/> 其他：