



Non-Emergency Ambulance Transfer Service
Request Form For New Territories East Cluster
新界東聯網非緊急救護運送服務申請表格
(Tel 電話 2636-7700 / 2636-7701 Fax 傳真 2637-8251)

This request form is to be used for NTEC hospitals and specialist clinics under Hospital Authority.

此申請表格只供醫院管理局新界東聯網內各醫院及專科診所使用。

Please select as appropriate. 請在適當格內選擇

NTSS 系統熱線 (電腦部, 只供職員使用): 2515-2355

載送日期: 年 月 日		星期	
		身分證號碼:	
病人姓名:		聯絡電話:	
性別:	年齡:	約重: 50kg以下(細) <input type="checkbox"/> 50-65kg (中) <input type="checkbox"/> 65kg 以上(大) <input type="checkbox"/>	
由:			
往:			
行程理由	Geriatric Day-Hospital		老人科日間醫院病人 (G) <input type="checkbox"/>
	Out-Patient Appointment		街症病人預約治療 (O) <input type="checkbox"/>
	In-Patient Appointment		留院病人預約治療 (I) <input type="checkbox"/>
	Inter-Hospital Transfer		轉院 (T) <input type="checkbox"/>
	Patient Discharge from Hospital / Clinic		出院 / 診所的病人 (D) <input type="checkbox"/>
	Admission Patient		入院病人 (A) <input type="checkbox"/>
病人狀況:			
四肢傷殘 <input type="checkbox"/>	日間獨居 <input type="checkbox"/> / 獨居 <input type="checkbox"/>	山路 <input type="checkbox"/>	電梯直達: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
抽痰 <input type="checkbox"/>	失聰 <input type="checkbox"/>	自攜氧氣機 <input type="checkbox"/>	
輪椅 <input type="checkbox"/>	臥床 <input type="checkbox"/>	精神不穩 <input type="checkbox"/>	
視障 <input type="checkbox"/>	輔助腳架 <input type="checkbox"/>	氧氣供應 公升 <input type="checkbox"/>	
所需預防措施: 隔離法: 接觸 <input type="checkbox"/> 空氣 <input type="checkbox"/> 飛沫 <input type="checkbox"/> 保護性 <input type="checkbox"/>			
● 標準, 防護措施: 手套 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 護目鏡 <input type="checkbox"/> 單獨運送 <input type="checkbox"/>			
並留意: 外科口罩 <input type="checkbox"/> N95口罩 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>			
病人在車輛上需佔用:			
座位 <input type="checkbox"/> / 電動輪椅 <input type="checkbox"/> / 私輪 <input type="checkbox"/> / 特大私輪 <input type="checkbox"/> / 抬床 <input type="checkbox"/>			
隨行人士:			
無 <input type="checkbox"/> 如有, 醫護人員 <input type="checkbox"/>			
有 <input type="checkbox"/> 陪同人 <input type="checkbox"/> (只限一人, 以有空位為準) 聯絡電話:			
回程 (如有需要):			
無 <input type="checkbox"/> 地點:			
有 <input type="checkbox"/> (如與上者不同)			
特別指示 / 醫療照顧:		需要取藥 <input type="checkbox"/>	
		真空管停 <input type="checkbox"/>	
預約日期 / 時間	申請預約機構名稱	專科	病房 / 床位
			/
授權申請人	職銜	聯絡電話	簽署

如欲取消載送服務, 請致電 2636-7700 / 2636-7701

NTSS-C08(08/08/07)

列印者:

列印時間: 21/09/2007 10:14:04

建立者:

申請非緊急救護載送服務

1. 本載送服務是提供給因行動不便或精神理由而不適宜/不能使用公共交通工具（包括老人院院車、復康巴士或的士等）的真正有需要人士。
2. 醫院管理局只受理申請表格所列的載送服務申請。
3. 所有申請均須獲得醫院管理局轄下醫院 / 診療所或機構的醫生 / 牙醫 / 營養科主任 / 註冊護士 / 登記護士 / 助產士 / 物理治療師 / 職業治療師 / 義肢矯形師 / 足病診療師 / 言語治療主任 / 聽力學技術員 / 放射治療師 / 醫務社工的授權。
4. 所有預約覆診申請，填妥及經簽署授權後，應最少在二十四小時前經 NTSS (NEATS Transport Supporting System) 送達雅麗氏何妙齡打素醫院非緊急救護車控制中心（簡稱控制中心）。
5. 轉院及出院人士的載送申請，應盡早提交控制中心。
若超出當日申請服務之時限，所有申請一概不會獲得接納。

申請服務的時限

	本區載送	越區載送
星期一至五	下午五時	下午三時
星期六、日及公眾假期	下午四時	下午二時

評估專科預約覆診(Out-Patient)、老人科日間醫院(Geriatric) 及出院人士(Discharge)

使用非緊急救護載送服務的資格

符合以下任何一項條件的病人可以使用非緊急救護運送服務(NEATS)	(O)及(G) 載送準則	(D) 載送準則
1. 需臥床	✓	✓
2. 需要持續供氧	✓	✓
3. 乘坐電動輪椅或輪椅，並且		
3a. 住所樓層並無電梯直達或	✓	✓
3b. 獨居老人或四肢傷殘病人	✓	✓
3c. 出院時沒有親友等護送	✗	✓
4. 步行有困難 / 使用助步器 / 不能上落樓梯或斜坡，並且		
4a. 住所層並無電梯直達或	✓	✓
4b. 獨居老人	✓	✓
4c. 出院時沒有親友等護送	✗	✓
5. 精神、心理或社交情況		
5a. 精神病患者並獨居或日間獨居，或	✓	✓(出院時沒有親友等護送)
5b. 感官(例如視力)障礙並獨居或日間獨居	✓	✓(出院時沒有親友等護送)

使用服務人士注意事項

1. 留院病人及專科覆診人士於覆診完畢後，應盡快與醫護人員聯絡安排回程事宜，如屆時毋須再使用回程服務，亦應盡快通知醫護人員，或致電 2636-7724 通知控制中心。
2. 為免浪費資源，若預約專科覆診人士於載送前 24 小時未有致電控制中心確認其申請，又或控制中心於載送前仍未能聯絡該人士，其申請可能會被延誤甚至取消。

其他

授權人士或使用服務人士如對本控制中心的服務有任何讚賞或意見，歡迎致電中心諮詢熱線 2645-3192 / 2636-7701，或直接致函本控制中心。