

附錄三、脈衝血氧篩檢結果判定對照表

右手之脈衝血氧飽和度(%)

	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	○	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	○	○	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	○	○	○	X	X	X
	X	X	○	○	○	○	○	○	○	X	X
	X	X	X	○	○	○	○	○	○	○	X
	X	X	X	X	○	○	○	○	○	○	○
	X	X	X	X	X	○	○	○	○	○	○
	X	X	X	X	X	X	○	○	○	○	○
	X	X	X	X	X	X	X	○	○	○	○

左腳或右腳之脈衝血氧飽和度(%)

○：通過
X：不通過，須於半小時後進行第二次或第三次篩檢

註：任一處脈衝血氧飽和度<90%，請通知小兒科醫師進行檢查。

PMF 財團法人預防醫學基金會