

แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด

๑. ข้อมูลทั่วไป วันที่ เลขที่ปฏิบัติการ(ON)..... ลำดับผู้ป่วย(CN).....

รับแจ้งเหตุทาง โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙^(๑) โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ (second call)^(๒) โทรศัพท์หมายเลขอื่น ๆ^(๓) วิทยุสื่อสาร วิธีอื่น ๆ

ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ โทรศัพท์ผู้แจ้ง/ความถี่วิทยุ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

๒. อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง

<input type="checkbox"/> ๑. ปวดท้อง หลัง เเชิงกราน และขาหนีบ	<input type="checkbox"/> ๒. แอนนาพีแลกซิส ปฏิกริยาภูมิแพ้/แมลงกัด	<input type="checkbox"/> ๓. สัตว์กัด	<input type="checkbox"/> ๔. เลือดออกไม่ใช้จากกรมดัด
<input type="checkbox"/> ๕. หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ๖. หัวใจหยุดเต้น	<input type="checkbox"/> ๗. เจ็บแน่นทรวงอก หัวใจ	<input type="checkbox"/> ๘. สำลักอุดทางเดินหายใจ
<input type="checkbox"/> ๙. เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ๑๐. อันตรายจากสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ๑๑. ยื่นๆ(แขนวาง) ^(๔)	<input type="checkbox"/> ๑๒. ปวดศีรษะ ลำคอ
<input type="checkbox"/> ๑๓. คลุ้มคลั่ง จิตประสาท อารมณ์	<input type="checkbox"/> ๑๔. ยาเกินขนาด ได้รับพิษ	<input type="checkbox"/> ๑๕. มีกรรมกรคลอด นรี	<input type="checkbox"/> ๑๖. ชัก
<input type="checkbox"/> ๑๗. ป่วย อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ๑๘. อัมพาต (หลอดเลือดสมองตีบแตก)	<input type="checkbox"/> ๑๙. หมดสติ ไม่ตอบสนอง หมดสติชั่วคราว	
<input type="checkbox"/> ๒๐. เด็ก ทารก (กุมารเวชกรรม)	<input type="checkbox"/> ๒๑. ถูกทำร้าย บาดเจ็บ		
<input type="checkbox"/> ๒๒. ไฟไหม้ ลวก ความร้อน กระแสไฟฟ้า สารเคมี	<input type="checkbox"/> ๒๓. จมน้ำ หน้าคว่ำจมน้ำ บาดเจ็บเหตุจมน้ำ บาดเจ็บทางน้ำ		
<input type="checkbox"/> ๒๔. พลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ๒๕. อุบัติเหตุยานยนต์		

๓. อาการ/เหตุการณ์/รายละเอียดอื่นๆ.....

๔. การให้รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code)^(๕) แดง(วิกฤติ) เหลือง(เร่งด่วน) เขียว(ไม่รุนแรง) ขาว(ทั่วไป) ดำ(รับบริการสาธารณสุขอื่น)

๕. การสั่งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)

ชนิดยานพาหนะ^(๗) รถ อากาศยาน เรือ ป.๑ เรือ ป.๒ เรือ ป.๓ เรือประเภทอื่นๆ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ ชื่อชุดปฏิบัติการ ประเภทชุดปฏิบัติการ FR BLS ILS ALS

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =.....นาที				.....นาที	.....นาที	
เลข กม.	.....			.....		.....	.....
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.				ระยะไป รพ.....กม.	ระยะทางกลับ.....กม.	

ทีมผู้ปฏิบัติการ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ๑ เจ้าหน้าที่ ๒ เจ้าหน้าที่ ๓

๖. การให้รหัสความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ RC(Response Code)^(๖) แดง (วิกฤติ) เหลือง (เร่งด่วน) เขียว (ไม่รุนแรง) ขาว (ทั่วไป) ดำ รหัส.....

๗. การปฏิบัติการ

<input type="checkbox"/> มีการรักษา	<input type="checkbox"/> ไม่มีการรักษา
<input type="checkbox"/> นำส่ง <input type="checkbox"/> ส่งต่อชุดปฏิบัติการระดับสูงกว่า <input type="checkbox"/> ไม่นำส่ง	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา / ไม่ประสงค์จะไป ร.พ.
<input type="checkbox"/> เสียชีวิตระหว่างนำส่ง <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง

๘. ชื่อผู้ป่วย

ผู้ป่วย ๑. ชื่อ- สกุล อายุ ปี HN เลขประจำตัวประชาชน (VN).....

นำส่งที่จังหวัด นำส่งที่ ร.พ.

ผู้ป่วย ๒. ชื่อ- สกุล อายุ ปี HN เลขประจำตัวประชาชน.....

นำส่งที่จังหวัด นำส่งที่ ร.พ.

เกณฑ์การนำส่ง(เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) สามารถรักษาได้ อยู่ใกล้ มีหลักประกัน ผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์

การติดต่อสื่อสารกับ ร.พ.ที่นำส่ง แจ้งวิทยุ แจ้งทางโทรศัพท์ ไม่ได้แจ้ง

๙. เพิ่มเติม เฉพาะ อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง เป็นรหัส ๒๕ อุบัติเหตุยานยนต์ รายละเอียดการกรอกข้อมูลโปรดดูในโปรแกรม

ทะเบียนรถหมวด.....เลขทะเบียน.....จังหวัด..... ของผู้ประสบเหตุ ของคู่กรณี ไม่สามารถระบุได้

ลงนาม เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ลงนาม ผู้รับรอง(แพทย์หรือพยาบาล)