

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ ปฏิบัติการที่

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส..... 2..... รหัส.....
 3..... รหัส..... 4..... รหัส.....

ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ..... เหตุการณ์.....

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย อายุปี เพศ ชาย หญิง

เลขบัตรประชาชน

สิทธิการรักษา บัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ไม่มีหลักประกัน

ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)
 ประกันชีวิต
 ผู้ประสบภัยจากรถ
 เลขทะเบียนรถ.....

Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils				O ₂ Sat	DTX
	T	BP	PR	RR	E	V	M	Rt	RTL	Lt	RTL		
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		

Trauma

บาดแผล No Cut/ Laceration Abrasion Contusion Burn Stab Wound Amputate GSW

กระดูกหัก No Closed, Fx. Opened, Fx. Dislocate

การเสียเลือด No Ext/Stopped Ext/Active Int. hemorrhage

อวัยวะ Head/neck Face Spine Chest/Clavicle Abdomen Pelvis Extremities External body surface Multiple injury

Non trauma

อายุกรรม Dyspnea High Fever Unconscious /Stupor Seizure Chest Pain Poisoning Digestive Others

สูติ-นรีเวช Labour pain Bleeding per Vagina High risk preg Rape Other (ระบุ).....

กุมาร Convulsion High Fever Dyspnoea Digestive Other (ระบุ).....

ศัลยกรรม Ac. abdominal pain UGI Bleeding Other (ระบุ).....

อื่นๆ Eye ENT Ortho Acute Psychosis

Treatment

ทางเดินหายใจ/ การหายใจ No Clear airway Oral airway O₂ canula/mask Ambu bag ET Pocket Mask Suction

บาดแผล/ห้ามเลือด No Pressure Dressing Dressing

การให้สารน้ำ No 5%D/W NSS Acetar 5%D/W/2 RLS Others.....

การตามกระดูก No เนื้อกลม/ไม่ตาม Collar With Long Spinal Board KED

การทำ CPR No Yes AED / DF

ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่มีการรักษา ทูเลา คงเดิม ทรมหนัก เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล รพ.รัฐ รพ.เอกชน

เหตุผล เหมาะสม/สามารถรักษาได้ อยู่ใกล้ มีหลักประกัน เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้สรุปรายงาน รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN..... การวินิจฉัยโรค.....

ระดับการคัดแยก (ER Triage)

แดง (วิกฤติ) เหลือง (เร่งด่วน) เขียว (ไม่รุนแรง) ขาว (ทั่วไป) ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)

ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การให้สารน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....

ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล อื่น ๆ

1. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทวนวันสิ้นเดือน)

Admitted Yes No

ระยะเวลาการรักษาที่ใน โรงพยาบาลวัน ทูเลา รักษาต่อที่อื่น รักษาเกินวันสิ้นเดือน เสียชีวิตใน รพ. ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ กลับไปตายบ้าน ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น