

# สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ .....	วันที่ .....	ปฏิบัติการที่ .....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส .....	2..... รหัส .....	3..... รหัส .....
4..... รหัส .....	5..... รหัส .....	6..... รหัส .....
ผลการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ.....	เหตุการณ์ .....	

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย* .....	อายุ .....ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)
เลขบัตรประชาชน* .....	สิทธิการรักษา* <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่าง วาชั้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน		<input type="checkbox"/> ประกันชีวิต
			<input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ
			เลขทะเบียนรถ.....
<b>สภาพผู้ป่วย</b>			
ประเภทผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน	
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกตื่น	<input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกไม่ตื่น	<input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มีบาดแผล <input type="checkbox"/> แผลลลอก	<input type="checkbox"/> ฉีกขาด / ตัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้	<input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะตัดขาด
กระดูกหัก	<input type="checkbox"/> ไม่มีกระดูกหัก <input type="checkbox"/> ข้อเคลื่อน	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> แขนท่อนบน <input type="checkbox"/> ขาท่อนบน
	<input type="checkbox"/> ข้อหลุด <input type="checkbox"/> เเชิงกราน	<input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> คอ/หลัง	<input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง
<b>การช่วยเหลือ</b>			
ทางเดินหายใจ / การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ใส่ Oral airway	<input type="checkbox"/> ให้ O <sub>2</sub> canula/mask <input type="checkbox"/> Ambu bag <input type="checkbox"/> Pocket Mask
บาดแผล/ห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ทำแผล	
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เฝือกลม/ไม้ดาม	<input type="checkbox"/> เฝือกตามคอและกระดานรองหลังยาว <input type="checkbox"/> เฝือกหลังและคอ (KED)	
ช่วยฟื้นคืนชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	<input type="checkbox"/> เครื่องกระตุกหัวใจ (AED)	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น	<input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทุรุดหนัก	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ขณะนำส่ง	

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล* .....	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหมาะสม/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้ส่งรายงาน .....	รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN* .....	การวินิจฉัยโรค.....
ระดับความรุนแรง *	<input type="checkbox"/> แดง (วิกฤติ) <input type="checkbox"/> เหลือง (เร่งด่วน) <input type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) <input type="checkbox"/> ขาว (ทั่วไป) <input type="checkbox"/> 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.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน .....	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> นอน <input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> รักษาเกินวันสิ้นเดือน <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปตายนบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล