

# สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

1. หน่วยปฏิบัติการ

เลขที่ผู้ป่วย .....

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

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	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.				ระยะไป รพ.....กม.	ระยะทางกลับ.....กม.	.....

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย .....	อายุ .....	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ เลขทะเบียนรถ.....
เลขบัตรประชาชน .....			
สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน			
สภาพผู้ป่วย			
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน			
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย			
การหายใจ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ			
บาดแผล <input type="checkbox"/> แผลลลอก <input type="checkbox"/> ซีกขาด <input type="checkbox"/> ของมีคม <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ฟกช้ำ <input type="checkbox"/> เลือดออกมาก			
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> แขนท่อนบน <input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง <input type="checkbox"/> ขาท่อนบน <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> มือ <input type="checkbox"/> เท้า			
การช่วยเหลือ			
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ (เป่าตรง) <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ (Pocket mask)			
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล			
การคานกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ไม่คาน/เฝือกลม <input type="checkbox"/> เฝือกคานคอและกระดานรองหลังยาว <input type="checkbox"/> เฝือกหลังและคอ (KED)			
ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ			
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรมหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง			

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล .....	เวลา.....	<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)		
ผู้สรุปรายงาน .....	รหัส.....	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่กู้ชีพ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> อาสากู้ชีพ

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน .....
ระดับการคัดแยก (ER Triage)	
<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.....	
การคานกระดูก <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"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้นๆ