**แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด ...............................**

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

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

ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ ........................................................................................................ โทรศัพท์ผู้แจ้ง/ความถี่วิทยุ..............................................................................................

สถานที่เกิดเหตุ..........................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๑.ปวดท้อง หลัง เชิงกราน และขาหนีบ  ๕. หายใจลำบาก  ๙. เบาหวาน  ๑๓. คลุ้มคลั่ง จิตประสาท อารมณ์  ๑๗. ป่วย อ่อนเพลีย | ๒. แอนนาฟิแลกซิส ปฏิกิริยาภูมิแพ้/แมลงกัด  ๖. หัวใจหยุดเต้น  ๑๐. อันตรายจากสภาพแวดล้อม  ๑๔. ยาเกินขนาด ได้รับพิษ  ๑๘. อัมพาต (หลอดเลือดสมองตีบ แตก) | | | ๓. สัตว์กัด  ๗. เจ็บแน่นทรวงอก หัวใจ  ๑๑. ~~อนๆ~~(~~เวนวาง~~) (๔)  ๑๕. มีครรภ คลอด นรี | ๔. เลือดออกไม่ใช่จากการบาดเจ็บ  ๘. สำลักอุดทางเดินหายใจ  ๑๒. ปวดศรีษะ ลำคอ  ๑๖. ชัก |
| ๒๐.เด็ก ทารก (กุมารเวชกรรม) | ๒๑. ถูกทำร้าย บาดเจ็บ | | | ๑๙. หมดสติ ไม่ตอบสนอง หมดสติชั่ววูบ | |
| ๒๒. ไฟไหม้ ลวก ความร้อน กระแสไฟฟ้า สารเคมี | | ๒๓. จมน้ำ หน้าคว่ำจมน้ำ บาดเจ็บเหตุดำน้ำ บาดเจ็บทางน้ำ | | | |
| ๒๔. พลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ | | | ๒๕. อุบัติเหตุยานยนต์ | | |

**๒. อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง**

**๓. อาการ/เหตการณ์/รายละเอียดอื่นๆ**.....................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๔.** | **การให้รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code**)(๕) | 🞏แดง(วิกฤติ) 🞏เหลือง(เร่งด่วน) 🞏เขียว(ไม่รุนแรง) 🞏ขาว(ทั่วไป) 🞏ดำ(รับบริการสาธารณสุขอื่น) | | | |
| **๕.** | **การสั่งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 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. | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | | | ระยะไป รพ...................................กม. | |  |  | | |  |  |  | |

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. | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................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** |  | |  | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| มีการรักษา | ไม่มีการรักษา |
| นำส่ง ส่งต่อชุดปฏิบัติการระดับสูงกว่า ไม่นำส่ง  เสียชีวิตระหว่างนำส่ง เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ | ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา / ไม่ประสงค์จะไป ร.พ.  ยกเลิก ไม่พบเหตุ 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(เลือกได้มากกวา ๑ ข้อ) | * สามารถรักษาได้ | * อยู่ใกล้ | มีหลักประกัน | ผู้ป่วยเก่า | เป็นความประสงค์ |
| การติดต่อสื่อสารกับ ร.พ.ที่นำสง | * แจ้งทางวิทยุสื่อสาร | * แจ้งทางโทรศัพท์ | ไม่ได้แจ้ง |  |  |

**๙. เพิ่มเติม เฉพาะ อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง เป็นรหัส ๒๕ อุบัติเหตุยานยนต์ รายละเอียดการกรอกข้อมูลโปรดดูในโปรแกรม**

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

**ลงนาม ................................................................................... เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ลงนาม ......................................................................... ผู้รับรอง(แพทย์หรือพยาบาล)**

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง**

1. **หน่วยบริการ ลำดับผู้ป่วย(CN).................................. เลขที่ผู้ป่วย...........................................**

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยบริการ** ......................................................................................................................วันที่ ......................................................... **เลขที่ปฏิบัติการ**...................................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส.......................... 2........................................................... รหัส......................................  3................................................................ รหัส ......................... 4........................................................... รหัส .......................................  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 ไม่พบเหตุ 🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ...............................................................................................เหตุการณ์.................................................... |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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. | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................กม. | |  |

1. **ข้อมูลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้า.....(จากระบบ) ชื่อผู้ป่วย ............................................................................... อายุ ......................ปี เพศ (จากระบบ) 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ.......................................................... เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏 บัตรทอง 🞏 ข้าราชการ 🞏 ประกันสังคม 🞏 แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏 ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ........................................................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ.......................ทะเบียนรถหมวด.............เลขทะเบียน...........................จังหวัด..................... | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Time** | | **Vital signs** | | | | | | | | | | | | | **Neuro Signs** | | | | | | | | | | **Pupils** | | | | | | | | | | | | | | | O2 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 | | |
| **กระดูกผิดรูป** | | 🞏 No | | | | 🞏 Closed | | | | | | 🞏 Opened | | | | | | | | 🞏 dislocate | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |
| **การเสียเลือด** | | 🞏 No | | | | | 🞏 Ext/Stopped | | | | | | 🞏 Ext/Active | | | | | | 🞏 Int. hemorrhage | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **อวัยวะ** | | 🞏 Head/neck | | | | | 🞏 Face 🞏 Spine/ back | | | | | | 🞏 Chest/Clavicle | | | | | | 🞏 Abdomen | | | | 🞏 Pelvis | | | | 🞏Extremities | | | | | | 🞏 External body surface | | | | | | | 🞏 Multiple injury back | | | | |
| **Non trauma** | **อายุรกรรม** | | | 🞏 Dyspnea 🞏 High Fever 🞏 Ulteration of conscious 🞏 Seizure 🞏 Chest Pain 🞏 Poisoning 🞏 Digestive 🞏 Other (ระบุ)................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **สูติ-นรีเวชฯ** | | | 🞏 Labour pain child birth | | | | | | | | 🞏 Bleeding per Vagina 🞏 High risk preg 🞏 Rape 🞏 Other (ระบุ)............................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **กุมารฯ** | | | 🞏 Convulsion | | | | | | | | 🞏 High Fever | | | | | | | 🞏 Dyspnea | | | | | | | | 🞏 Digestive | | | | | | | | 🞏 Other (ระบุ)........................................................... | | | | | | | | | | |
| **ศัลยกรรม** | | | 🞏 Ac. abdominal pain | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 GI Bleeding | | | | | | | | 🞏 Other (ระบุ)................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **อื่น ๆ** | | | 🞏 Eye 🞏 ENT 🞏 Ortho 🞏 Psychological problem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **Treatment** | **ทางเดินหายใจ/ การหายใจ** | | | | | 🞏 No | | | | 🞏 Clear airway 🞏 Suction | | | | | | | 🞏 Oral airway | | | | | | 🞏 O2 canular/mask | | | | | | | | 🞏 Ambu bag 🞏 ET | | | | | | | | | | | | | | |
| **บาดแผล/ห้ามเลือด** | | | | | 🞏 No | | | | 🞏 Pressure Dressing 🞏 Dressing | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| **การให้สารน้ำ** | | | | | 🞏 No | | | |  | | | | | | 🞏 NSS 🞏RLS 🞏 5%DN/2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 on locked | | | | | | 🞏 Others……… | | | | | | |
| **การดามกระดูก** | | | | | 🞏 No | | | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | 🞏 Collar With Long Spinal Board | | | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 KED | | | | | |  | | | | | | |
| **การทำ CPR** | | | | | 🞏 No | | | | 🞏 Yes | | | | | | 🞏 AED / Defib | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| **ยา** (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).............................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ผลการดูแลรักษาขั้นต้น**  🞏 ไม่มีการรักษา 🞏 ทุเลา 🞏 คงเดิม 🞏 ทรุดหนัก 🞏 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 🞏 เสียชีวิต ขณะนำส่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ระดับการคัดแยก (RC code** ) 🞏 แดง (วิกฤติ) 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) 🞏 ขาว (ทั่วไป) 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)**

|  |
| --- |
| นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล ............................................................................................. 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  เหตุผล 🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน ................................................................................................................. รหัส............................................................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HN**......................................... **การวินิจฉัยโรค**..........................................................................................  **ระดับการคัดแยก (ER Triage)** 🞏 แดง (วิกฤติ) L1, L2 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว (ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การห้ามเลือด** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การให้สารน้ำ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การดามกระดูก** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| ชื่อผู้ประเมิน ................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล | | | | |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ) เพิ่ม RC code**

**6. ผลการรักษาในโรงพยาบาล** (ติดตามทุกวันสิ้นเดือน)

|  |
| --- |
| **Admitted** 🞏 **Yes**  🞏  **No**  🞏 ทุเลา 🞏 รักษาต่อที่อื่น 🞏 ยังรักษาในรพ. 🞏 เสียชีวิตใน รพ. 🞏 ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ 🞏 กลับไปตายบ้าน 🞏 ตามแล้วไม่ทราบผล  **ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น** |

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน**

1. **หน่วยบริการ ลำดับผู้ป่วย(CN).................................. เลขที่ผู้ป่วย............................................**

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยบริการ** ...................................................................................... วันที่ ................................................... ปฏิบัติการที่ ......................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส .................... 2........................................................... รหัส ......................  3................................................................ รหัส .................... 4........................................................... รหัส ......................  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 ไม่พบเหตุ 🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................... เหตุการณ์ .......................................................................... |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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. | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................กม. | |  |

1. **ข้อมูลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย .............................................................................. อายุ ..........ปี เพศ (จากระบบ) 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ.......................................................... เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏 บัตรทอง 🞏 ข้าราชการ 🞏 ประกันสังคม 🞏 แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏 ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ..........................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ.........................ทะเบียนรถหมวด.....................เลขทะเบียน.............................จังหวัด............................. | | | | | |
| **สภาพผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ประเภทผู้ป่วย** | | 🞏 บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | | | | | | | | | 🞏 ป่วยฉุกเฉิน | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
| **Time** | **Vital signs** | | | | | | | | | | | | | **Neuro Signs** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DTX | | | | | | |
| T | | | BP | | | PR | | | RR | | | | E | | | | | | V | | | | | M | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ความรู้สึกตัว** | | | 🞏 รู้สึกตัวดี | | | | | 🞏 ซึม | | | | 🞏 หมดสติปลุกตื่น | | | | | 🞏 หมดสติปลุกไม่ตื่น | | | | | | | | | | | | 🞏 เอะอะโวยวาย | | | | | |  | | | | |
| **การหายใจ** | | | 🞏 ปกติ | | | | | 🞏 เร็ว | | | | 🞏 ช้า | | | | | 🞏ไม่สม่ำเสมอ | | | | | 🞏 ไม่หายใจ | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **บาดแผล** | | | 🞏 ไม่มี | | | 🞏 แผลถลอก 🞏 ฉีกขาด / ตัด 🞏 แผลฟกช้ำ | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 แผลไหม้ | | | | 🞏 ถูกยิง 🞏ถูกแทง 🞏อวัยวะตัดขาด🞏**ถูกระเบิด** | | | | | | | | | | | | | | |
| **กระดูกผิดรูป** | | | 🞏 ไม่มี | | | 🞏 ผิดรูป | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| **อวัยวะ** 🞏 ศีรษะ/คอ🞏 ใบหน้า 🞏 สันหลัง/หลัง🞏 หน้าอก/ไหปลาร้า 🞏 ช่องท้อง 🞏 เชิงกราน 🞏 Extremities 🞏 ผิวหนัง 🞏 Multiple injury back | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **การช่วยเหลือ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ทางเดินหายใจ /การหายใจ** | | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 เปิดทางเดินหายใจ | | | | | | | 🞏 ใส่ Oral airway | | | | | | | | 🞏 ให้ O2 canula/mask | | | | | | | | 🞏 Ambu bag | | | | | 🞏 Pocket Mask | | |
| **บาดแผล/ห้ามเลือด** | | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 การกดห้ามเลือด 🞏 ทำแผล | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **การดามกระดูก** | | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | | 🞏 เฝือกดามคอและกระดานรองหลังยาว | | | | | | | | | | | | 🞏 เฝือกหลังและคอ (KED) | | | | | | | | |  | | |
| **ช่วยฟื้นคืนชีพ** | | | | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | 🞏 ทำ | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| **ผลการดูแลรักษาขั้นต้น** 🞏 ไม่ยอมให้รักษา 🞏 ทุเลา 🞏 คงเดิม/คงที่ 🞏 ทรุดหนัก 🞏 เสียชีวิตณ จุดเกิดเหตุ🞏 เสียชีวิตขณะนำส่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล** (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

|  |
| --- |
| **นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล**\* .................................................................... 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  **เหตุผล**  🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน ........................................................... รหัส............. |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง** (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HN**......................................... **การวินิจฉัยโรค**..........................................................................................  **ระดับการคัดแยก (ER Triage)** 🞏 แดง (วิกฤติ) L1, L2 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว (ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การห้ามเลือด** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การดามกระดูก** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **ชื่อผู้ประเมิน ................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล 🞏 อื่น ๆ ....................................** | | | | |

1. **ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล** (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

|  |
| --- |
| **Admitted** 🞏 **Yes** 🞏 **No**  🞏 ทุเลา 🞏 รักษาต่อที่อื่น 🞏 ยังรักษาในรพ. 🞏 เสียชีวิตใน รพ. 🞏 ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ 🞏 กลับไปตายบ้าน 🞏 ตามแล้วไม่ทราบผล  **ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น** |

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น**

1. **หน่วยปฏิบัติการ ลำดับผู้ป่วย(CN).................................. เลขที่ผู้ป่วย** ..........................

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยปฏิบัติการ**  .................................................................... วันที่ ........................................................ ปฏิบัติการที่................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส .......... 2........................................................... รหัส ............  3................................................................ รหัส .......... 4........................................................... รหัส ............  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 **ไ**ม่พบเหตุ🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ.... ....................................................................................................................  ............................................................................................... เหตุการณ์ .............................................**.** |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รับแจ้งเหตุ | รับคำสั่งออกปฏิบัติการการ | 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. | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................กม. | |  |

1. **ผู้เจ็บป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย ....................................................................... อายุ ....................ปี เพศ 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ............................................. เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏บัตรทอง 🞏ข้าราชการ 🞏 ประกันสังคม 🞏แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ...............................................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ.................................ทะเบียนรถหมวด.............. เลขทะเบียน...................................จังหวัด......................... | | | | | | | | | | | |
| **สภาพผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ประเภทผู้ป่วย** | 🞏 บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | | | | | | | | | | 🞏 ป่วยฉุกเฉิน | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| **ความรู้สึกตัว** | 🞏 รู้สึกตัวดี | | | 🞏 ซึม | | | 🞏 หมดสติปลุกตื่น | | | | | 🞏 หมดสติปลุกไม่ตื่น | | | | | | | | | | | | | | 🞏 เอะอะโวยวาย | | | |  | |
| **การหายใจ** | 🞏 ปกติ | | | 🞏 เร็ว | | | 🞏 ช้า | | | | | 🞏ไม่สม่ำเสมอ | | | 🞏 ไม่หายใจ | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **บาดแผล** | 🞏 ไม่มี | | 🞏 แผลถลอก 🞏 ฉีกขาด / ตัด 🞏 แผลฟกช้ำ | | | | | | | | | | | | 🞏 แผลไหม้ | | | 🞏 ถูกยิง 🞏ถูกแทง 🞏อวัยวะตัดขาด🞏**ถูกระเบิด** | | | | | | | | | | | | | | |
| **กระดูกผิดรูป** | 🞏 ไม่มี | | 🞏 ผิดรูป | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **อวัยวะ** 🞏 ศีรษะ/คอ🞏 ใบหน้า 🞏 สันหลัง/หลัง🞏 หน้าอก/ไหปลาร้า 🞏 ช่องท้อง 🞏 เชิงกราน 🞏 Extremities 🞏 ผิวหนัง 🞏 Multiple injury back | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **การช่วยเหลือ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | | 🞏 ไม่ได้ทำ 🞏 จัดท่าผู้ป่วย | | | | | | 🞏 เปิดทางเดินหายใจ | | | | | 🞏 ช่วยหายใจ(Pocket mask) | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| **การห้ามเลือด** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | 🞏 การกดห้ามเลือด | | | | | | | 🞏 ทำแผล | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| **การดามกระดูก** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | | | 🞏 เฝือกดามคอและกระดานรองหลังยาว | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
| **ช่วยฟื้นคืนชีพ** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | | | | 🞏 ทำ | | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | | | |  |
| **ผลการดูแลรักษาขั้นต้น** 🞏 ไม่ยอมให้รักษา 🞏 ทุเลา 🞏 คงเดิม/คงที่ 🞏 ทรุดหนัก 🞏 เสียชีวิตณ จุดเกิดเหตุ🞏 เสียชีวิตขณะนำส่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล** (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

|  |
| --- |
| **นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล** .................................................................... เวลา........................... 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  **เหตุผล**  🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน ........................................................... รหัส............. |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง** (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HN**......................................... **การวินิจฉัยโรค**..........................................................................................  **ระดับการคัดแยก(ER Triage)** 🞏 แดง(วิกฤติ) L1, L2 🞏 เหลือง(เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว(ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว(ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การห้ามเลือด** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การดามกระดูก** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| ชื่อผู้ประเมิน ....................................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล 🞏 อื่น ๆ .................................... | | | | |

1. **ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล** (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

|  |
| --- |
| **Admitted** 🞏 **Yes** 🞏 **No**  🞏 ทุเลา 🞏 รักษาต่อที่อื่น 🞏 ยังรักษาในรพ. 🞏 เสียชีวิตใน รพ. 🞏 ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ 🞏 กลับไปตายบ้าน 🞏 ตามแล้วไม่ทราบผล |

**ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น**

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงทางน้ำ**

1. **หน่วยบริการ ลำดับผู้ป่วย(CN)................................ เลขที่ผู้ป่วย..................................................**

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยบริการ** ......................................................................................................วันที่ ......................................................... **เลขที่ปฏิบัติการ**...................................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส.......................... 2........................................................... รหัส......................................  3................................................................ รหัส ......................... 4........................................................... รหัส .......................................  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 ไม่พบเหตุ 🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ...............................................................................................เหตุการณ์............................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รับแจ้งเหตุ | รับคำสั่งออกปฏิบัติการ | ออกจากที่ตั้ง/ท่าเรือ............................. | จุดรับผู้ป่วย | ออกจากจุดรับผู้ป่วย | ถึงจุดส่งผู้ป่วย......................... | ถึงที่ตั้ง |
| **เวลา (น.)** | .............น. | ................น. | ...............น. | ................น. | ....................น. | ...................น. | ...................น. |
| **รวมเวลา (นาที)** | Response time =……………………นาที | | | | ..................................................นาที | |  |
|  | ..............................................นาที | |
| **ระยะทาง (กม.)** | รวมระยะทางไป........................................... กม.หรือ....................................ไมล์ทะเล | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................กม. | |  |

1. **ข้อมูลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้า ชื่อผู้ป่วย ........................................................................... อายุ .............ปี เพศ 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ....................................... เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏บัตรทอง 🞏ข้าราชการ 🞏ประกันสังคม 🞏แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ...............................................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ.......................................ทะเบียนรถหมวด........................เลขทะเบียน...........................จังหวัด.............. ....... ........ | | | | | | | | | | | | | |
| **Time** | | **Vital signs** | | | | | | | | | **Neuro Signs** | | | | | | | | | | | | **Pupils** | | | | | | | | | | | | | | | O2 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 | | | |
| **กระดูกผิดรูป** | | 🞏 No | | | 🞏 Closed | | | | | | 🞏 Opened | | | | | | 🞏 Dislocate | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **การเสียเลือด** | | 🞏 No | | | | 🞏 Ext/Stopped | | | | | | 🞏 Ext/Active | | | | | | 🞏 Int. hemorrhage | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **อวัยวะ** | | 🞏 Head/neck | | | | 🞏Face 🞏Spine/back | | | | | | 🞏Chest/Clavicle | | | | | | 🞏Abdomen | | | | | 🞏 Pelvis | | | | 🞏Extremities | | | | | | 🞏External body surface | | | | | | 🞏 Multiple injury back | | |
| **Non trauma** | **อายุรกรรม** | | 🞏 Dyspnea 🞏 High Fever 🞏 Ulteration of conscious 🞏 Seizure 🞏 Chest Pain 🞏 Poisoning 🞏 Digestive 🞏 Other(ระบุ)............................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **สูติ-นรีเวชฯ** | | 🞏 Labour pain child birth | | | | | | | 🞏 Bleeding per Vagina 🞏 High risk preg 🞏 Rape 🞏 Other (ระบุ)....................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **กุมารฯ** | | 🞏 Convulsion | | | | | | | 🞏 High Fever | | | | | | 🞏 Dyspnea | | | | | | | | 🞏 Digestive | | | | | | | 🞏 Other (ระบุ)........................................................... | | | | | | | | | | | |
| **ศัลยกรรม** | | 🞏 Ac. abdominal pain | | | | | | | | | | | | | 🞏 GI Bleeding | | | | | | | | 🞏 Other (ระบุ)................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **อื่น ๆ** | | 🞏 Eye 🞏 ENT 🞏 Ortho 🞏 Psychological problem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **Treatment** | **ทางเดินหายใจ/ การหายใจ** | | | 🞏 No | | | | 🞏 Clear airway 🞏 Suction | | | | | | | | | 🞏 Oral airway | | | | | 🞏 O2 canular/mask | | | | | | | | | | 🞏 Ambu bag 🞏 ET | | | | | | | | | | |
| **บาดแผล/ห้ามเลือด** | | | 🞏 No | | | | 🞏 Pressure Dressing 🞏 Dressing | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| **การให้สารน้ำ** | | | 🞏 No | | | |  | | | | | | 🞏 NSS 🞏RLS 🞏 5%DN/2 | | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 on locked | | | | | | 🞏 Others……… | | | | | | |
| **การดามกระดูก** | | | 🞏 No | | | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | 🞏 Collar With Long Spinal Board | | | | | | | | | | | | | | | | 🞏 KED | | | | | |  | | | | | | |
| **การทำ CPR** | | | 🞏 No | | | | 🞏 Yes | | | | | | 🞏 AED / Defib | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| **ยา** (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).............................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ระดับการคัดแยก (RC code)**  🞏 แดง (วิกฤติ) 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) 🞏 ขาว (ทั่วไป) 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งต่อ (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)**

|  |
| --- |
| นำส่งชุดปฏิบัติการ ............................................................................................. 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  เหตุผล 🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน ............................................................................. รหัส........................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับการคัดแยก (ER Triage)** 🞏 แดง (วิกฤติ) L1, L2 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว (ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| ทางเดินหายใจ | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| การห้ามเลือด | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| การให้สารน้ำ | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| การดามกระดูก | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| ชื่อผู้ประเมิน ................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล | | | | |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำชุดปฏิบัติการที่รับดูแลต่อ) เพิ่ม RC code**

**ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น**

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานทางน้ำ**

1. **หน่วยบริการ ลำดับผู้ป่วย(CN).................................. เลขที่ผู้ป่วย..................................................**

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยบริการ** ...................................................................................... วันที่ ................................................... ปฏิบัติการที่ ......................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส .................... 2........................................................... รหัส ......................  3................................................................ รหัส .................... 4........................................................... รหัส ......................  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 ไม่พบเหตุ 🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................... เหตุการณ์ .......................................................................... |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รับแจ้งเหตุ | รับคำสั่งออกปฏิบัติการ | ออกจากที่ตั้ง/ท่าเรือ............................. | จุดรับผู้ป่วย | ออกจากจุดรับผู้ป่วย | ถึงจุดส่งผู้ป่วย......................... | ถึงที่ตั้ง |
| **เวลา (น.)** | .............น. | ................น. | ...............น. | ................น. | ....................น. | ...................น. | ...................น. |
| **รวมเวลา (นาที)** | Response time =……………………นาที | | | | ..................................................นาที | |  |
|  | ..............................................นาที | |
| **เลข กม.** | ........................................ | | | ................................................. | | ........................ | ........................ |
| **ระยะทาง (กม.)** | รวมระยะทางไป........................................... กม.หรือ....................................ไมล์ทะเล | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| ระยะไป รพ...................................กม. | |  |

1. **ข้อมูลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย ....................................................................... อายุ ...................ปี เพศ 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ.......................................................... เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏 บัตรทอง 🞏ข้าราชการ 🞏ประกันสังคม 🞏 แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏 ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ...............................................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ..................................ทะเบียนรถหมวด...........................เลขทะเบียน...................................จังหวัด........................................ | | | | | | | |
| **สภาพผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ประเภทผู้ป่วย** | | 🞏 บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | | | | | | | | 🞏 ป่วยฉุกเฉิน | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| **Time** | **Vital signs** | | | | | | | | | | | **Neuro Signs** | | | | | | | | | | | | | | DTX | | | |
| T | | BP | | | PR | | | RR | | | E | | | | V | | | M | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | |
| **ความรู้สึกตัว** | | 🞏 รู้สึกตัวดี | | | | | 🞏 ซึม | | | 🞏 หมดสติปลุกตื่น | | | | | 🞏 หมดสติปลุกไม่ตื่น | | | | | | | | | | 🞏 เอะอะโวยวาย | | | |  |
| **การหายใจ** | | 🞏 ปกติ | | | | | 🞏 เร็ว | | | 🞏 ช้า | | | | | 🞏ไม่สม่ำเสมอ | | | 🞏 ไม่หายใจ | | | | | | | | | | |  |
| **บาดแผล** | | 🞏 ไม่มี | | | 🞏 แผลถลอก 🞏 ฉีกขาด / ตัด 🞏 แผลฟกช้ำ | | | | | | | | | | | | | 🞏 แผลไหม้ | | | 🞏 ถูกยิง 🞏ถูกแทง 🞏อวัยวะตัดขาด🞏**ถูกระเบิด** | | | | | | | | |
| **กระดูกผิดรูป** | | 🞏 ไม่มี | | | 🞏 ผิดรูป | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |
| **อวัยวะ** 🞏 ศีรษะ/คอ🞏 ใบหน้า 🞏 สันหลัง/หลัง🞏 หน้าอก/ไหปลาร้า 🞏 ช่องท้อง 🞏 เชิงกราน 🞏 Extremities 🞏 ผิวหนัง 🞏 Multiple injury back | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **การช่วยเหลือ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ทางเดินหายใจ /การหายใจ** | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 เปิดทางเดินหายใจ | | | | | | 🞏 ใส่ Oral airway | | | | | 🞏 ให้ O2 canula/mask | | | | | | 🞏 Ambu bag | | | 🞏 Pocket Mask | |
| **บาดแผล/ห้ามเลือด** | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 การกดห้ามเลือด 🞏 ทำแผล | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| **การดามกระดูก** | | | | 🞏 ไม่ | | | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | 🞏 เฝือกดามคอและกระดานรองหลังยาว | | | | | | | | | 🞏 เฝือกหลังและคอ (KED) | | | | |  | |
| **ช่วยฟื้นคืนชีพ** | | | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | 🞏 ทำ | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |
| **ผลการดูแลรักษาขั้นต้น** 🞏 ไม่ยอมให้รักษา 🞏 ทุเลา 🞏 คงเดิม/คงที่ 🞏 ทรุดหนัก 🞏 เสียชีวิตณ จุดเกิดเหตุ🞏 เสียชีวิตขณะนำส่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล** (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

|  |
| --- |
| **นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล**\* .................................................................... 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  **เหตุผล**  🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน .................................................................................... รหัส...................................... |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง** (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับการคัดแยก (ER Triage)** 🞏 แดง(วิกฤติ)L1, L2 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว (ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การห้ามเลือด** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การดามกระดูก** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| ชื่อผู้ประเมิน ................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล 🞏 อื่น ๆ .................................... | | | | |

**ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น**

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทางน้ำ**

1. **หน่วยปฏิบัติการ เลขสั่งการ............................................ ลำดับผู้ป่วย(CN).................................. เลขที่ผู้ป่วย** ..........................

|  |
| --- |
| **ชื่อหน่วยปฏิบัติการ**  .................................................................... วันที่ ........................................................ ปฏิบัติการที่................................  **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** 1................................................................ รหัส .......... 2........................................................... รหัส .............  3................................................................ รหัส .......... 4........................................................... รหัส ............  **ผลการปฏิบัติงาน** 🞏 **ไ**ม่พบเหตุ🞏 พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ.... ....................................................................................................................  ............................................................................................... เหตุการณ์ .............................................**.** |

1. **ข้อมูลเวลา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รับแจ้งเหตุ | รับคำสั่งออกปฏิบัติการการ | ออกจากที่ตั้ง/ท่าเรือ............................. | จุดรับผู้ป่วย | ออกจากจุดรับผู้ป่วย | ถึงจุดส่งผู้ป่วย......................... | ถึงที่ตั้ง |
| **เวลา (น.)** | .............น. | ................น. | ...............น. | ................น. | ....................น. | ...................น. | ...................น. |
| **รวมเวลา (นาที)** | Response time =……………………นาที | | | | ..................................................นาที | |  |
|  | ..............................................นาที | |
| **ระยะทาง (กม.)** | รวมระยะทางไป........................................... กม.หรือ....................................ไมล์ทะเล | | | |  | ระยะทางกลับ...................กม. | |
| รวมระยะทาง...................................กม. | |  |

1. **ผู้เจ็บป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| คำนำหน้า...(จากระบบ) ชื่อผู้ป่วย .................................................................. อายุ .................ปี เพศ (จากระบบ) 🞏 ชาย 🞏 หญิง  🞏 คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..................................................... 🞏 แรงงานต่างด้าว  🞏 ชาวต่างชาติ ประเทศ.......................................................... เลขที่หนังสือเดินทาง.....................................................  สิทธิการรักษา 🞏 บัตรทอง 🞏 ข้าราชการ 🞏 ประกันสังคม 🞏 แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน 🞏 ไม่มีหลักประกัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  🞏 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ...............................................  🞏 ผู้ประสบภัยจากรถ  ประเภทรถ..................................ทะเบียนรถหมวด...........................เลขทะเบียน...................................จังหวัด........................................ | | | | | | | | | | | | |
| **สภาพผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ประเภทผู้ป่วย** | 🞏 บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | | | | | | | | | | 🞏 ป่วยฉุกเฉิน | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
| **ความรู้สึกตัว** | | 🞏 รู้สึกตัวดี | | | 🞏 ซึม | | 🞏 หมดสติปลุกตื่น | | | | | | 🞏 หมดสติปลุกไม่ตื่น | | | | | | | | | | | | | 🞏 เอะอะโวยวาย | | | |  | | |
| **การหายใจ** | | 🞏 ปกติ | | | 🞏 เร็ว | | 🞏 ช้า | | | | | | 🞏ไม่สม่ำเสมอ | | | 🞏 ไม่หายใจ | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **บาดแผล** | | 🞏 ไม่มี | 🞏 แผลถลอก 🞏 ฉีกขาด / ตัด 🞏 แผลฟกช้ำ | | | | | | | | | | | | | 🞏 แผลไหม้ | | | | | 🞏 ถูกยิง 🞏ถูกแทง 🞏อวัยวะตัดขาด 🞏ถูกระเบิด | | | | | | | | | | | |
| **กระดูกผิดรูป** | | 🞏 ไม่มี | 🞏 ผิดรูป | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **อวัยวะ** 🞏 ศีรษะ🞏 ใบหน้า 🞏 คอ/หลัง🞏 แขนท่อนบน 🞏 แขนท่อนล่าง 🞏 ขาท่อนบน 🞏 ขาท่อนล่าง 🞏 เชิงกราน 🞏 หน้าอก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **การช่วยเหลือ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | | 🞏 ไม่ได้ทำ 🞏 จัดท่าผู้ป่วย | | | | | | 🞏 เปิดทางเดินหายใจ | | | | | | 🞏 ช่วยหายใจ (Pocket mask) | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| **การห้ามเลือด** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | 🞏 การกดห้ามเลือด | | | | | | 🞏 ทำแผล | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **การดามกระดูก** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | 🞏 เผือกลม/ไม้ดาม/ sling | | | | | | | | 🞏 เฝือกดามคอและกระดานรองหลังยาว | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **ช่วยฟื้นคืนชีพ** | | 🞏 ไม่ได้ทำ | | | | | | | 🞏 ทำ | | |  | | | | |  |  | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **ผลการดูแลรักษาขั้นต้น** 🞏 ไม่ยอมให้รักษา 🞏 ทุเลา 🞏 คงเดิม/คงที่ 🞏 ทรุดหนัก 🞏 เสียชีวิตณ จุดเกิดเหตุ🞏 เสียชีวิตขณะนำส่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล** (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

|  |
| --- |
| **นำส่งชุดปฏิบัติการ** .................................................................... เวลา........................... 🞏 รพ.รัฐ 🞏 รพ.เอกชน  **เหตุผล**  🞏 เหมาะสม/สามารถรักษาได้ 🞏 อยู่ใกล้ 🞏 มีหลักประกัน 🞏 เป็นผู้ป่วยเก่า 🞏 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้สรุปรายงาน ........................................................... รหัส............. |

1. **การประเมิน/รับรองการนำส่ง** (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำชุดปฏิบัติการที่รับดูแลต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับการคัดแยก (ER Triage)** 🞏 แดง (วิกฤติ) L1, L2 🞏 เหลือง (เร่งด่วน) L3 🞏 เขียว (ไม่รุนแรง) L4 🞏 ขาว (ทั่วไป) L5 🞏 ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย | | | | |
| **ทางเดินหายใจ** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การห้ามเลือด** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| **การดามกระดูก** | 🞏 ไม่จำเป็น | 🞏 ไม่ได้ทำ | 🞏 ทำและเหมาะสม | 🞏 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ…................................. |
| ชื่อผู้ประเมิน ................................................................................... ตำแหน่ง 🞏 แพทย์ 🞏 พยาบาล 🞏 อื่น ๆ .................................... | | | | |

**ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น**



**แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยและปรึกษาทางการแพทย์ก่อนบิน**

**(Pre-flight Assessment and Flight Medical Director Consultation)**

**HEMS 1/2**

ชือผู้ป่วย...............................................................................อายุ.......ปี.......วัน ID………………………………………..………HN………………………AN………...……….….

สิทธิการรักษา......................................................รพต้นทาง.....................................รพ.ปลายทาง.............................................................................................

ประวัติแพ้ยา.....................................................................แพทย์ผู้ดูแล...........................................................แพทย์อำนวยการ...............................................

โทร..........................................................................โทร....................................................................

**Physical status** (NSF=No Singnificant Finding)

**Mechanism of injury/illness**:…………………….……………………..…………..…..

……………………………………………………………………………………………..………….……

**Dx**…………………………………………………………………………………………………….……

**Intervention**  🞏 yes 🞏 No

1…………………………………………………..………………………..Date……….……………

2…………………………………………………..………………………..Date……….……………

3…………………………………………………..………………………..Date………….…………

**Triage level**

🞏 Resuscitation 🞏Emergency 🞏 Urgent 🞏semi-urgent 🞏Non-Urgent

**V/S** T……….….C PR……..……/min RR………..…/min BP……..….…/………....mmHg

O2 sat…..…….….%Pain score………………………….

**Distal Pulse**

🞏 Good

🞏 Poor

**Deformity&Protection :** 🞏 NSF

🞏 Collar 🞏 Traction 🞏 Cast

🞏 Other………………………………………………………………

**Drain :** 🞏 NSF 🞏 NG tube🞏 ICD 🞏Foley cath🞏 Ventroculostomy tube

🞏 Redivac drain 🞏 Cystostomy🞏 Redivac drain 🞏Colostomy bag

🞏……………………………………………………………………………………………………………..

**Function Asessment :**

🞏 Walk >50 m 🞏 Assistant needed 🞏 Cannot walk

🞏 Sit Upright < 60 min 🞏 Sit Upright > 60 min 🞏 Sit only with support 🞏 Cannot sit

🞏Self eating🞏tube feeding🞏 cannot eat 🞏 …………………………………………..

**Urination**  🞏Self urination 🞏 Diaper 🞏Catheter 🞏condom

Bowel movement 🞏Self care 🞏 Diaper 🞏 Bed pan 🞏colostomy

**Prognosis for flight**  🞏 **Good** 🞏 Fair 🞏 **Poor**

**Contagious condition** 🞏 Yes 🞏 **No**

**Destinated hospital require** 🞏 Yes 🞏 **No**

**Flight Medical Director recommendation**

🞏 Fit to Fly 🞏 Not Fit to Fly 🞏 Fit to Fly with special conditions

**Mode** 🞏 Air ambulance 🞏 Commercial

**Wheelchair** 🞏 Yes 🞏 No 🞏 WCHR 🞏 WCHS 🞏 WCHC

**Stretcher** 🞏 Yes 🞏 No

**Oxygen**  🞏 Yes 🞏 No 🞏 2 LPM 🞏 4 LPM 🞏 >4 LPM

🞏 Stanby 🞏 Intermittent 🞏Continue

**Escort**  🞏 Doctor 🞏 Nurse 🞏 Non-med🞏……………………………

**Special Care** 🞏None 🞏Strict Fall/Precaution 🞏 LMWH 🞏 Insulin

🞏 Pressure strocking 🞏………………………………………………

**Special Equipments** 🞏 Monitor 🞏 Defibrillator 🞏 Respirator

🞏 Infusion pump 🞏syring pump 🞏 Incubator

🞏…………………………………………………………………………………………………………….

**Comment**…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………

Assessment : Date………………………..time……………………

**Escort**…………………….…………………………………………………………………….……….….RN/MD

**FMD. consultant**…………………………………………….……….MD. Code……………………..

ผู้บันทึก......................……………………..ตำแหน่ง......................................

**Current treatment and medications**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Lab assessment**

CBC : Hb………………..g/dl Hct……………% WBC…………….. PLT………………………………….

BUN……………….Cr……………..Na……………………K………………CL……………..CO2………………

BS…………………….PT……………….PTT…….…..INR………………..อื่นๆ......................................

CXR………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………….

CT Brain………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………....

Pneumothorax 🞏 yes 🞏 No Pneumocephalus 🞏yes 🞏 No

**pupil size react**

Rt ……….. ………..

Lt ……….. ………..

**Motor power**

**Neuro :** **E………..…**

**V………….. =…………**

**M ……..…**

**CVS :** 🞏 NSF 🞏 Orthopnea🞏 Dyspnea 🞏 Active bleed 🞏Pale

🞏 Edema 🞏 **DVT risk**

🞏

🞏Ventilator mode CMV- SIMV- CPAP- BIPAP Vt………..…………….ml FiO2……………. Rate………………./min I:E……………. Peak flow………………l/min

PEEP………………………cmH2O PS……………………..cmH2O

**Respi :** 🞏 NSF 🞏 Tachyypnea 🞏 Dyspnea 🞏 Wheezing

🞏O2 Cannular 🞏O2 Mask 🞏Collar Mask 🞏 T-piece ……….……..LPM

**Airway :** 🞏 NSF 🞏 Stridor 🞏Secretion 🞏 injury 🞏 Bleeding

🞏Orai airway 🞏Nasal airway 🞏 Nasotracheal tube 🞏Orotracheal tube

🞏 tracheostomy tube : Cuffed /uncuffed NO………………..Fix…………..Cm

**GA**: 🞏NSF 🞏confuse 🞏Depress 🞏Drowsy 🞏Anxious

🞏 Disorient 🞏Unresponsive

**Sedated** : Drug………………….……………time……..… **Restraint** : time…..…………..





**ฟอร์มหนังสือ ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ   
(สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ร้องขอทางน้ำ)**

ที่.................. หน่วยงาน.......................................

วัน เดือน ปี

เรื่อง ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามที่(หน่วยงาน) ได้ขอรับการสนับสนุนการช่วยเหลือทางน้ำเพื่อปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำนวน..............ราย เมื่อวันที่...........................เนื่องจาก มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน   
(ชื่อ – สกุล) อายุ..............ปี(วัน) การวินิจฉัย..........................ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล............................   
โดยใช้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำร่วมปฏิบัติการ ดังนี้

1. ชื่อ – สกุล .......................ตำแหน่ง......................................ระดับ.............สังกัด.............................
2. ชื่อ – สกุล .......................ตำแหน่ง......................................ระดับ.............สังกัด.............................
3. ชื่อ – สกุล .......................ตำแหน่ง......................................ระดับ.............สังกัด.............................
4. ชื่อ – สกุล .......................ตำแหน่ง......................................ระดับ.............สังกัด.............................

รวมเวลาทั้งสิ้น..................................ชั่วโมง.................................นาที

ดังนั้น (หน่วยงาน) จึงขอส่งรายละเอียดเพื่อประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ผู้รับผิดชอบ....................................

สำเนาเรียน..................................

**ฟอร์มหนังสือ ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน   
(สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ร้องขออากาศยาน)**

ที่.................. หน่วยงาน.......................................

วัน เดือน ปี

เรื่อง ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย (แบบฟอร์ม HEMS 1/1 , HEMS 1/2 , HEMS 2/1 และ Consent Form)

ตามที่ (หน่วยงาน) ได้ขอรับการสนับสนุนอากาศยานเพื่อปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำนวน......................ราย เมื่อวันที่.........................เนื่องจาก มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (ชื่อ – สกุล) อายุ.............ปี(วัน) การวินิจฉัย......................................ไปรักษาต่อที่......................................จังหวัด โดยใช้  
อากาศยาน (เครื่องบินหรือเฮลิคอปเตอร์) จากหน่วย........................................................................................และมีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศ ร่วมปฏิบัติการ ดังนี้ (กรณีเป็นชุดปฎิบัติการในหน่วยเดียวกัน)

1. ชื่อ – สกุล ........................ตำแหน่ง..............................................สังกัด..........................................
2. ชื่อ – สกุล ........................ตำแหน่ง..............................................สังกัด..........................................
3. ชื่อ – สกุล ........................ตำแหน่ง..............................................สังกัด..........................................
4. ชื่อ – สกุล ........................ตำแหน่ง..............................................สังกัด..........................................

ดังนั้น (หน่วยงาน) จึงขอส่งแบบฟอร์มดังสิ่งที่ส่งมาด้วย (HEMS) เพื่อประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ผู้รับผิดชอบ....................................

สำเนาเรียน..................................

\*\*กรณีที่ทีมผู้ปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นทีมอื่น ให้สำเนาเรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานที่เป็นผู้บังคับบัญชาของทีมนั้น เพื่อทราบว่ามีการขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแล้ว

**ฟอร์มหนังสือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน**

**(สำหรับหน่วยงานที่ได้ลงนามความร่วมมือเรื่องอากาศยาน)**

ที่.................. หน่วยงาน.......................................

วัน เดือน ปี

เรื่อง เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

อ้างถึง (หนังสือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ขอใช้อากาศยาน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย (แบบฟอร์มค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจำนวนเวลาปฏิบัติการบิน)

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขอรับการสนับสนุนอากาศยาน   
ของ............................ จำนวน ......................เครื่อง เพื่อรับส่งผู้ป่วย ชื่อ............................................................

จาก..........................(สถานที่ / โรงพยาบาลที่ไปรับผู้ป่วย)......................จังหวัด................................................

ไปยัง........................(สถานที่ / โรงพยาบาลที่ไปส่งผู้ป่วย)......................จังหวัด.................................................

ในวันที่...............................................นั้น

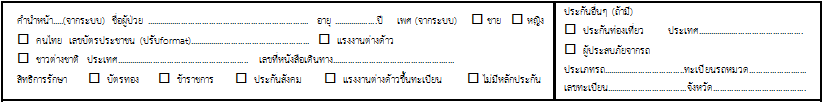
ในการนี้ (หน่วยงาน.....) ได้จัดอากาศยานแบบ/รุ่น............................หมายเลข.....................  
จำนวนเครื่องยนต์........................เครื่องยนต์ ประจำหน่วยบิน..................................จำนวน.................เครื่อง สนับสนุนภารกิจดังกล่าวแล้ว ใช้เวลาบิน..................ชั่วโมง..............................นาที คิดค่าใช้จ่าย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.................................บาท (..........................................บาทถ้วน) จึงขอให้ท่านโอนเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้ (หน่วยงานผู้รับเงินตามระเบียบของหน่วยงาน) โดยสั่งจ่ายในนาม.............................ธนาคาร........................สาขา........................บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน เลขที่............................... เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นกรุณาแจ้งให้ (หน่วยงาน) ทราบตามที่อยู่......................ด้วย จะเป็นพระคุณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ผู้รับผิดชอบ....................................

**คำอธิบายแบบบันทึกที่มีการปรับเพิ่มเติม**



|  |  |
| --- | --- |
| **รายการในแบบบันทึก** | **ความหมาย** |
| สิทธ์การรักษา |  |
| ประกันนักท่องเที่ยว ประเทศ................... | นักท่องเที่ยวที่ทำประกันกับการเดินทางมาท่องเที่ยวประเทศต่างๆ ทั้งทำกับประเทศตัวเอง หรือทำกับประเทศที่จะเดินทางไป |
| ผู้ประสบภัยจากรถ  - ประเภทรถ | รายละเอียดตามตารางดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **รหัส** | **รายละเอียด** | | 1.10 | - รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง | | 1.20 | - รถยนต์โดยสารเกิน 7 คน | | 1.30 | - รถจักรยานยนต์ | | 1.40 | - รถยนต์บรรทุก | | 1.42 | - รถยนต์บรรทุกน้ำมันเชื้อเพลิง | | 1.50 | - หัวรถลากจูง | | 1.60 | - รถพ่วง | | 1.70 | - รถสามล้อเครื่อง | | 1.71 | - รถสกายแลป | | 4.01 | - รถยนต์ป้ายแดง | | 4.06 | - รถยนต์ที่ใช้ในการเกษตร | | 4.07 | - รถยนต์ประเภทอื่นๆ | |
| - ทะเบียนรถหมวด | หมวดรถที่เป็นตัวอักษร ตามป้ายที่กรมขนส่งกำหนด |
| - เลขทะเบียน | เลขทะเบียนที่เป็นตัวเลข ตามป้ายที่กรมขนส่งกำหนด |
| - จังหวัด | จังหวัดที่ทำการจดทะเบียน ตามป้ายที่กรมขนส่งกำหนด |