

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการ

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขที่ปฏิบัติการ.....

วันที่ เลขปฏิบัติการของคุณ
 รับแจ้งเหตุจาก ☐ ประชาชนทาง 1669 ☐ ประชาชนหมายเลขอื่น ๆ ☐ วิทยุสื่อสารประชาชน ☐ เจ้าหน้าที่ตำรวจ
☐ อาสาสมัคร ☐ หน่วยบริการ EMS. ☐ อื่น ๆ
 ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ..... โทรศัพท์/ความถี่วิทยุ.....
 สถานที่เกิดเหตุ.....
 พื้นที่ (zone)

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ประเภทของเหตุการณ์

เจ็บป่วย / อุบัติเหตุ	อาการ / เหตุการณ์ / รายละเอียดอื่น ๆ	ภัยพิบัติ
<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถ..... <input type="checkbox"/> พลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> ทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> ตกน้ำ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากสิ่งของ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากสัตว์	<input type="checkbox"/> เจ็บป่วยฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> ถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดูด <input type="checkbox"/> ไฟไหม้น้ำร้อนลวก <input type="checkbox"/> ตกจากที่สูง <input type="checkbox"/> ได้รับสารพิษ	<input type="checkbox"/> ภัยธรรมชาติ <input type="checkbox"/> อัคคีภัย <input type="checkbox"/> ดึกถล่ม <input type="checkbox"/> ระเบิด <input type="checkbox"/> สารเคมี วัตถุอันตราย <input type="checkbox"/> ภัยอื่น ๆ

4. อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง

ระดับสูง	ระดับพื้นฐาน / เบื้องต้น
<input type="checkbox"/> หอบรุนแรง <input type="checkbox"/> ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> หมดสติกะทันหัน <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอกรุนแรง <input type="checkbox"/> หายใจหายใจ <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถรุนแรงความเร็วสูง <input type="checkbox"/> เหตุฉุกเฉินความเสี่ยงสูง	<input type="checkbox"/> กระตุกหักแผลเปิด <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถติดภายในรถ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บกระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> บาดเจ็บตกละเอียดภายใน <input type="checkbox"/> ตกที่สูงมากกว่า 5 เมตร <input type="checkbox"/> ใกล้คลอด, กลอดฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> ติดภายในอุปกรณ์
<input type="checkbox"/> หอบเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> ชิม <input type="checkbox"/> เจ็บปวดทั่วไป <input type="checkbox"/> หมดสติ ปลุกตื่น <input type="checkbox"/> บาดเจ็บเล็กน้อย <input type="checkbox"/> เหตุความรุนแรงต่ำ	<input type="checkbox"/> ติดภายในแต่เองได้ <input type="checkbox"/> มือเท้า แขน ขาท่อนล่าง ไหล่ลำตัวหัก แผลเปิด <input type="checkbox"/> เลือดออกภายนอก ห้ามเลือดได้ <input type="checkbox"/> ตกที่สูงต่ำกว่า 5 เมตร <input type="checkbox"/> เจ็บครรภ์ระยะแรก <input type="checkbox"/> อาลวะวาด

5. การสั่งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)

ชื่อหน่วยบริการ..... ระดับ ☐ ALS ☐ BLS1 ☐ BLS2 ☐ FR
 เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ แพทย์.....พยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 1 เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 2เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 3

6. การปฏิบัติการ

มีการรักษา	ไม่มีการรักษา
<input type="checkbox"/> รักษา และ นำส่ง <input type="checkbox"/> รักษา และ เสียชีวิต	<input type="checkbox"/> รักษา ไม่นำส่ง <input type="checkbox"/> รักษา และ เสียชีวิตระหว่างนำส่ง
<input type="checkbox"/> ไม่รักษา/ไม่ประสงค์ไป รพ. <input type="checkbox"/> ยกเลิก/ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตก่อนไปถึง	

7. ชื่อผู้ป่วย

1..... อายุ.....ปี HN..... นำส่งที่โรงพยาบาล ☐ รัฐ ☐ เอกชน
 2..... อายุ.....ปี HN..... นำส่งที่โรงพยาบาล ☐ รัฐ ☐ เอกชน
 เกณฑ์การนำส่ง ☐ สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ ผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 การติดต่อสื่อสารกับ รพ.ที่นำส่ง ☐ แจ้งทางวิทยุสื่อสาร ☐ โทรศัพท์ ☐ ไม่ได้แจ้ง

ลงนามเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก
 ลงนามผู้รับรอง (แพทย์หรือพยาบาล)