

# สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

### 1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

### 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. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย .....	อายุ .....	ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว			
<input type="checkbox"/> ประกันอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติไม่มีประกัน <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ	เลขบัตรประชาชน .....		
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"/> 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"/> แผลถลอก <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"/> ข้อหลุด <input type="checkbox"/> บาดเจ็บกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> แขนท่อนบน <input type="checkbox"/> ขาท่อนบน			
<input type="checkbox"/> เชิงกราน <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> คอ/หลัง <input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง			
การช่วยเหลือ			
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/ไม้ตาม <input type="checkbox"/> เฝือกตามคอและกระดูกสันหลังยาว <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"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรุดหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ขนส่งนำส่ง			

### 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)	
ผู้สรุปรายงาน .....	รหัส.....

### 5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัยโรค.....	ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergent
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. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> นอน <input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน <input type="checkbox"/> ทุเลา <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

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป