

# สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ .....	วันที่ .....	ปฏิบัติการที่ .....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส.....	2..... รหัส.....	
3..... รหัส.....	4..... 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		
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ.....กม.	ระยะทางกลับ.....กม.	

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย .....														อายุ .....		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 .....																	
Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils				O <sub>2</sub> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cut/ Laceration <input type="checkbox"/> Abrasion <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Burn <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Amputate <input type="checkbox"/> GSW <input type="checkbox"/> Wound																
	กระดูกหัก <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Closed, Fx. <input type="checkbox"/> Opened, Fx. <input type="checkbox"/> Dislocate																
	การเสียเลือด <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ext/Stopped <input type="checkbox"/> Ext/Active <input type="checkbox"/> Int. hemorrhage																
	อวัยวะ <input type="checkbox"/> Head/neck <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Chest/Clavicle <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> External <input type="checkbox"/> Multiple injury <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> body surface																
Non trauma	อาการรวม <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Unconscious /Stupor <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Chest Pain <input type="checkbox"/> Poisoning <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Others																
	สตรี-นรีเวช <input type="checkbox"/> Labour pain <input type="checkbox"/> Bleeding per Vagina <input type="checkbox"/> High risk preg <input type="checkbox"/> Rape <input type="checkbox"/> Other (ระบุ).....																
	กุมาร <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Other (ระบุ).....																
	ศัลยกรรม <input type="checkbox"/> Ac. abdominal pain <input type="checkbox"/> UGI Bleeding <input type="checkbox"/> Other (ระบุ).....																
	อื่น ๆ <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> ENT <input type="checkbox"/> Ortho <input type="checkbox"/> Acute Psychosis																
Treatment	ทางเดินหายใจ/ การหายใจ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clear airway <input type="checkbox"/> Oral airway <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> canula/mask <input type="checkbox"/> Ambu bag <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> Pocket Mask <input type="checkbox"/> Suction																
	บาดแผล/ห้ามเลือด <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pressure Dressing <input type="checkbox"/> Dressing																
	การให้สารน้ำ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5%D/W <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> Acetar <input type="checkbox"/> 5%DN/2 <input type="checkbox"/> RLS <input type="checkbox"/> Others.....																
	การตามกระดูก <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> เข็มกลม/ไม้ตาม <input type="checkbox"/> Collar With Long Spinal Board <input type="checkbox"/> KED																
	การทำ CPR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> AED / DF																
ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....																	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่มีการรักษา <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> ลงเดิม <input type="checkbox"/> ทวดหนัก <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. 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.....	
การให้สารน้ำ	<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. ผลการรักษาในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ระยะเวลาการรักษาใน โรงพยาบาล .....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"/> กลับไปต่อยาน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป