

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		
เลข กม.	.....				.....
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ..... กม.	ระยะทางกลับ..... กม.	

3. ผู้เจ็บป่วย

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	
สภาพผู้ป่วย		
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน		
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกไม่ตื่น <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"/> แผลฉลอม <input type="checkbox"/> จี๊ดขาด <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		
การดามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ดาม/เฝือกลม <input type="checkbox"/> เฝือกดามคอและกระดูกสันหลังยาว <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"/> ทรมานหนัก <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)		
ผู้ส่งรายงาน	รหัส.....	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่กู้ชีพ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> อาสาสมัคร

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน	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.....		
การดามกระดูก <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			

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป