



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
ที่ ลง 52004/- วันที่ ๑ มีนาคม 2565

เรื่อง รายงานผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ (แพทย์สุก เอิน) ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2565

เรียน นายกเทศมนตรีท่าบลน្តาสาย

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานกู้ชีพ
(แพทย์สุก เอิน) ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และปัญหาอุบัติคใน การดำเนินงานให้ผู้บริหารได้รับทราบ
เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุบัติเหตุ จำนวน 8 ครั้ง รวมจำนวน 8 คน
2. ป่วยดูกัน เจ็บ จำนวน 5 ครั้ง รวมจำนวน 5 คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวสุจิต แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

(นายวิทยา บุญหันก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความเห็นของปลัดเทศบาล

(นายอัมพล สิงหา)

ปลัดเทศบาลท่าบลน្តาสาย

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

๗๖๐.

(นายไสกณ อริยะสุข)

นายกเทศมนตรีท่าบลน្តาสาย

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานถูกชี้พ (แพทย์อุกเดิน) ประจำเดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2565.....
จำนวนสิ่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสน้ำด่วย

รวมน้ำหน่วยเลขที่เบียน กท 1355 เผย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยดูกันเดิน (ครั้ง/คน)	ทั่วไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
1 กุมภาพันธ์ 2565	08:41	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์
2 กุมภาพันธ์ 2565	00:41	-	1	-	นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้วแสง
3 กุมภาพันธ์ 2565	20:23	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายพงศ์อิสรา แก้วแสง
4 กุมภาพันธ์ 2565	10:30	-	1	-	นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายทรงเดช พลผลดุจ
9 กุมภาพันธ์ 2565	21:39	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้วแสง
13 กุมภาพันธ์ 2565	19:41	-	1	-	นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้วแสง
14 กุมภาพันธ์ 2565	08:38	-	1	-	นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายทรงเดช พลผลดุจ
14 กุมภาพันธ์ 2565	14:32	1	-	-	นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายทรงเดช พลผลดุจ
17 กุมภาพันธ์ 2565	18:18	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์
21 กุมภาพันธ์ 2565	15:07	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้วแสง
22 กุมภาพันธ์ 2565	16:31	1	-	-	นายทรงเดช พลผลดุจ นายศรารุธ นาฆกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง นายพิชิต ชุมพล
25 กุมภาพันธ์ 2565	16:39	1	-	-	นายณัฐกร สิงห์อุวรรณ นายพงศ์อิสรา แก้วแสง นายณัฐพงษ์ กรร่วน นายวีระพงษ์ วีไชยววงศ์
26 กุมภาพันธ์ 2565	18:23	1	-	-	นายทรงเดช พลผลดุจ นายศรารุธ นาฆกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง นายพิชิต ชุมพล
รวม			8	5	-

รายงานครุป

การปฏิบัติงานภารกิจ (แพทย์อุปเดิน) ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ....2565.....
จำนวนสิ่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลคล้าสวย

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1. อุบัติเหตุ จำนวน 8 ครั้ง			
- หล่อเหลาบนหลังคา	1	1	
- รถเข้ากรวยบานยนต์ล้ม	1	1	
- รถชน	1	1	
- เสื่ออยู่บนต้นไม้	1	1	
- MC ล้มมอง	1	1	
- MC + รับเก็บ	1	1	
- น้ำรั่วบนไฟฟ้า	1	1	
- MC + MC	1	1	
2. ป้ายอุปเดิน จำนวน 5 ครั้ง			
- ผู้ป่วยติดเตียง	1	1	
- แนะนำห้อง	1	1	
- ป้ายบริเวณกัน	1	1	
- น้ำรั่วบนโคนขา	1	1	
- ป้ายห้องซุ่มแรก	1	1	
รวม	13	13	

(นางสาวกัลส์ แสงนิล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	โรงพยาบาลเชียงใหม่	วันที่	๒๕๖๖	ปฏิบัติการที่	
ผู้อำนวยการ	นายแพทย์ จันทร์ พูลวัฒน์	รหัส	2	รหัส	
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	นางสาวอรุณรัตน์ ใจดี	รหัส	4	รหัส	
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ	ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงใหม่			เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	วันคืนที่	วันคืนที่	ระยะเวลา	วันที่	วันที่	เวลา
เวลา (น.)	02:30	03:00	03:00	06:00 น.	02:30 น.	02:30 น.	10:00 น.
รวมเวลา (นาที)							นาที
เวลา กม.	00:00:00			10:00:00	10:00:00	10:00:00	กม.
รวมเวลา (กม.)							กม.
							รวมเวลาที่ใช้

3. ผู้เข้ารับการรักษา

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	นาย รุ่งเรือง วงศ์ กาญจน์ อายุ 45 ปี เพศ ♂ ชาติ ไทย <input type="checkbox"/> หญิง	นามสกุล	นาย รุ่งเรือง วงศ์ กาญจน์	ชื่อพ่อ	นาย รุ่งเรือง วงศ์ กาญจน์
□ คนไข้ เด็กเล็ก/เด็กวัยรุ่น (ปรับปรุงตัว)	□ แม่ของคนไข้	□ ภรรยาคนไข้	□ บุตรคนไข้	□ บุตรคนไข้	□ บุตรคนไข้
□ ชาวต่างด้าว ประมุជา	□ นายที่หน้าดีอยู่มาก				
ลักษณะการรักษา	□ ผู้เดียว <input type="checkbox"/> ผู้ร่วมเดินทาง <input type="checkbox"/> ผู้ร่วมเดินทาง <input type="checkbox"/> ผู้เดียว <input type="checkbox"/> ผู้เดียว <input type="checkbox"/> ผู้เดียว <input type="checkbox"/> ผู้เดียว				

อาการผู้ป่วย

ประวัติหลัก	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ไข้สูงอุบัติ	ความรุนแรง	□ ประวัติไข้ติดต่อ	□ ประวัติไข้ติดต่อ
ความรู้สึกคิด	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดีมาก <input type="checkbox"/> ไม่ดีมาก	<input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ ความคิดที่ไม่ดี	□ ประวัติไข้ติดต่อ	□ ประวัติไข้ติดต่อ
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายดี	<input type="checkbox"/> เป็น	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
น้ำดมเมือ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แมลงสาบ <input type="checkbox"/> น้ำลาย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
การถูกตีฟูปู	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก	□ หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก

อาการ: □ ศีรษะ/คอ □ ใบหน้า □ ท้อง/ลำไส้ □ หน้าอหอบ/หายใจลำบาก □ ขาหัก □ แขนหัก □ Extremities ผิดปกติ Multiple injury back
การท่องเที่ยว:

ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> การหายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การหายใจรุนแรง	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
ช่วงที่หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	□ หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
ผลการคุณและรักษาที่เคยได้รับ	□ ไม่เคยได้รับการรักษา <input type="checkbox"/> รุคานา <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก			

4. หมายเหตุการตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยทีมแพทย์ทีมและ/or ผู้อำนวยการพื้นที่ของเขตอุบัติเหตุ)

บ้าส์ท้องอุบัติเหตุ	□ ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	เวลา	02:30	□ หายดี	□ หายดีมาก
ผลตรวจ	<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ	อายุ	45 ปี	□ ไข้ติดต่อ	□ ไข้ติดต่อ
ผู้สูญเสีย	□ ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	เวลา	02:30	□ หายดี	□ หายดีมาก

5. การประเมิน/รับรองการรักษา (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN 0206030 การรักษาเบื้องต้น	การรักษาเบื้องต้น				
ผลการตัดสินใจ (TRIAGE)	<input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย (Urgent)	<input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย (Urgent)	<input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย (Urgent)	<input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย (Urgent)	<input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย (Urgent)
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การหายใจรุนแรง	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
ช่วงที่หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก			

6. ผลการรักษาที่ไม่ได้ส่งโรงพยาบาล (ต้องดำเนินการทันที)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> รุคานา <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อสืบ <input type="checkbox"/> รักษาในระหว่าง <input type="checkbox"/> เมื่อชีวิตใน ภัย <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หันมือ <input type="checkbox"/> กลับไปบ้าน <input type="checkbox"/> ทราบแล้วไม่ทราบผล	

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับครุภัณฑ์(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	นักบริการที่
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	รหัส 1	รหัส _____
	รหัส 2	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน	□ ไม่พบเหตุ	□ พบเหตุ
	สถานที่เกิดเหตุ	_____
	เหตุการณ์	_____

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	วันค่าเฉลี่ย	ระยะเวลา	วันที่ก่อนหน้า	ระยะเวลา	วันที่	ระยะเวลา
เวลา (น.)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที			นาที	นาที	นาที	นาที
เลข กม.	_____			_____	_____	_____	_____
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป _____ กม.			ระยะทางคืน _____ กม.	ระยะทางไป _____ กม.	ระยะทางคืน _____ กม.	ระยะทาง _____ กม.

3. ผู้เข้ามาป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> คุณไม่ใช่แพทย์ <input type="checkbox"/> นารถบานค่าห้อง
<input type="checkbox"/> คุณไม่ใช่แพทย์ _____ นารถบานค่าห้อง _____	<input type="checkbox"/> นารถบานค่าห้อง _____ นารถบานค่าห้อง _____
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว _____ นารถบานค่าห้อง _____	<input type="checkbox"/> นารถบานค่าห้อง _____ นารถบานค่าห้อง _____
<input type="checkbox"/> ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้ำ <input type="checkbox"/> น้ำรากกาavernia <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า <input type="checkbox"/> น้ำส้มสายชู <input type="checkbox"/> น้ำแข็ง <input type="checkbox"/> น้ำยาสีฟัน	<input type="checkbox"/> น้ำยาสีฟัน _____ นารถบานค่าห้อง _____ นารถบานค่าห้อง _____

อาการผู้ป่วย

ประสาทหลักผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บล็อกขา/ทุบเทือน <input type="checkbox"/> บล็อกกลุ้กซึม	<input type="checkbox"/> บล็อกหัวใจ/หัวใจเต้น <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นสูง/ต่ำ <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นล้าช้า
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นสูง/ต่ำ <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นล้าช้า <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นสูง/ต่ำ
กระหาย <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> น้ำเหลือง <input type="checkbox"/> น้ำดี <input type="checkbox"/> น้ำเสื้อ <input type="checkbox"/> น้ำเสือ <input type="checkbox"/> น้ำนม <input type="checkbox"/> น้ำอุจจาระ <input type="checkbox"/> น้ำรากกาavernia <input type="checkbox"/> น้ำส้มสายชู <input type="checkbox"/> น้ำแข็ง
น้ำเหลือง <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> น้ำดี <input type="checkbox"/> น้ำเสื้อ <input type="checkbox"/> น้ำเสือ <input type="checkbox"/> น้ำนม <input type="checkbox"/> น้ำอุจจาระ <input type="checkbox"/> น้ำรากกาavernia <input type="checkbox"/> น้ำส้มสายชู <input type="checkbox"/> น้ำแข็ง
กระถุงผื่นผื่น <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไอเสีย <input type="checkbox"/> ไอแห้ง <input type="checkbox"/> ไอเด็ก <input type="checkbox"/> ไอของเหลว <input type="checkbox"/> ไอของแข็ง <input type="checkbox"/> ไอของเหลวและแข็ง

อวัยวะ ศีรษะ/คอ ในหน้า เท้า/หัว หน้าอก/ท้อง/กระเพาะ ขา แขน ท้อง Extremities มือ Multiple injury back

อาการพิเศษ

ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
การหายใจเรียบๆ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
ข้อพับซึบซับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้พับ <input type="checkbox"/> พับดี <input type="checkbox"/> พับดีมาก <input type="checkbox"/> พับดีมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
ผลการแพทย์อื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> หุ่นดี <input type="checkbox"/> คงดี/ปกติ <input type="checkbox"/> หุ่นดี <input type="checkbox"/> หุ่นดีมาก <input type="checkbox"/> หุ่นดีมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หุ่นดีมาก (<i>Pocket mask</i>)

4. หมายเหตุการตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยทั่วไปที่ไม่พบเหตุ/ไม่ทราบการพินัยกรรมศูนย์ฯ)

นำส่งที่โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> วันที่ _____ รหัส _____ <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหตุผล <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> อายุไทย <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เป็นคนบ้านเดียว <input type="checkbox"/> เป็นเด็ก (<i>Multiple injury back</i>)	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผู้ดูแลรายงาน <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

5. การประเมินที่รับของการน้ำเสื้อ (โดยแพทย์ พยาบาล ประจําวิชาชีพแพทย์บ้านเดียว)

HN _____ การวินิจฉัยโรค _____	รายลัพธ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ER Triage) <input type="checkbox"/> หลักฐานเชิงประจักษ์ <input type="checkbox"/> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> อาการไม่สงบ <input type="checkbox"/> ขาดออกซิเจน <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>) <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (<i>Pocket mask</i>) <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก (<i>Pocket mask</i>)
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
การหายใจเรียบๆ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก (<i>Pocket mask</i>)
ช่องท้องผื่นผื่น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ผื่น <input type="checkbox"/> ผื่นดี <input type="checkbox"/> ผื่นดีมาก <input type="checkbox"/> ผื่นดีมาก (<i>Pocket mask</i>)	<input type="checkbox"/> ผื่นดีมาก (<i>Pocket mask</i>)

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่แพทย์บ้านเดียว (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ทุกما <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่รพ. <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เมืองชั่วโมงใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาที่นี่แล้ว <input type="checkbox"/> กลับไปหาคนบ้านเดียว <input type="checkbox"/> ทราบแล้วไม่ทราบผล
---	---

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเมืองด่าน (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับคู่บัว(CN).....

เลขที่คู่บัว.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่	
ผู้อำนวยการที่รับผิดชอบ	วันที่	วันที่	
ผู้อำนวยการที่รับผิดชอบ	วันที่	วันที่	
สถานะภัยคุกคาม	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบร่องรอย	สถานที่ภัยคุกคาม
	เหตุการณ์		

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	ชั่วโมง	วันที่	ชั่วโมง	วันที่	ชั่วโมง	วันที่	ชั่วโมง
เวลา (น.)
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที				นาที	นาที		
เวลา กม.								
รวมเวลา (กม.)	รวมระยะทางที่ไป	กม.			รวมเวลาที่เสีย	กม.	รวมเวลาที่ใช้	กม.

3. คู่มือจัดบันทึก

คำอธิบายค่าที่อยู่เบื้องต้น	รายการ	วันที่	เวลา	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> แดง	<input type="checkbox"/> ฟ้า	
<input type="checkbox"/> คนไทย เผอicie ประวัติอาชญากรรม (ปริบังคับ)				<input type="checkbox"/> หมายความว่า				
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประวัติอาชญากรรม								
สัญลักษณ์ของอาชญากรรม						ประวัติอาชญากรรม	ประวัติอาชญากรรม	

รายการอื่นๆ

ประวัติอาชญากรรม	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บสาหัส	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บร้ายแรง				
ความต้องการพยาบาล	<input type="checkbox"/> รักษาด้วยยา	<input type="checkbox"/> รักษาด้วยยาและยาสลบ	<input type="checkbox"/> รักษาด้วยยาและยาสลบ	<input type="checkbox"/> รักษาด้วยยาและยาสลบ				
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> บầmบูด	<input type="checkbox"/> ลิบาก/ตื้อ	<input type="checkbox"/> บầmบูด	<input type="checkbox"/> ลิบาก/ตื้อ	<input type="checkbox"/> แผลลึก	<input type="checkbox"/> แผลลึก	<input type="checkbox"/> แผลลึก
กระดูกเดี้ยบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีกระดูกเดี้ยบ						

อย่างร้าว ศีรษะ/หลัง ใบหน้า ดินฟัน/ฟัน หลังอก/ไขม่อนร้าว ข้อต่อ ลิขภารণ Extremities ผิวหนัง Multiple injury back

อาการทั่วไป

หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ชักทึบเดินซึม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ชัก	<input type="checkbox"/> ชักทึบเดินซึม	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
และการถอยหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถถอยหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถถอยหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถถอยหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถถอยหลัง

และการถอยหลัง ไม่สามารถถอยหลัง หายใจลำบาก หายใจลำบาก หายใจลำบาก หายใจลำบาก

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยพิจารณาพิมพ์และ/or ผู้อำนวยการพื้นที่ของเขตฯ)

นำส่งที่ส่งออกมีโน้ตพาร์ก	รายการ	<input type="checkbox"/> ขาว	<input type="checkbox"/> ดำ	<input type="checkbox"/> แดง	<input type="checkbox"/> ฟ้า
เหตุผล <input type="checkbox"/> พยายามช่วยเหลือชีวิต <input type="checkbox"/> ช่วยให้หายดี <input type="checkbox"/> ช่วยให้หายดี <input type="checkbox"/> เป็นความประசัย <input type="checkbox"/> เป็นความประชัย (เมื่อก่อนไม่เคยเกิดมากกว่า 1 ครั้ง)					
ผู้รุกราน	รายการ				

5. การประเมิน/วินิจฉัยการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจารา ไม่ใช่พยาบาล)

HN	การวินิจฉัยโรค				
ระดับการตัดสินใจ(ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์ทั่วไป <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยแพทย์ <input type="checkbox"/> นักศึกษาแพทย์ <input type="checkbox"/> อาชญากรรม <input type="checkbox"/> อื่น (เช่นศัลยศาสตร์พยาบาลในไมืองบประมาณ)					
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ชื่อผู้ป่วยเมือง	ลักษณะ	<input type="checkbox"/> แพ้หู	<input type="checkbox"/> แพ้หู	<input type="checkbox"/> แพ้หู	<input type="checkbox"/> แพ้หู

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่พยาบาล (ต้องลงในวันเดียว)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> รักษาด้วยยา <input type="checkbox"/> รักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เม็ดซึ้งในรพ. <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการรักษา/หนีกเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปสถานที่ <input type="checkbox"/> พำนัชวิ่งทราบผล
---	--

ชื่อ นายมนต์ธีร์วิทย์ ศุภุมต์
HN 0075086 บ.ที่ 73 ปี ๕ เลข
CID 3429900099029

04-02-2565

1. หน่วยปฏิบัติการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเมืองพิษณุโลก (EMR)
ลำดับผู้ป่วย(CN)

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____	วันที่ _____		
เข้าพบน้ำที่ดูโอ๊บวิชาก _____	รหัส _____	2 _____	รหัส _____
3 _____	รหัส _____	4 _____	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ <input type="checkbox"/> สถานที่เกิดเหตุ _____	ผลการณ์ _____		

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันคำนวณออก ปฏิบัติการ	ย位อดจากฐาน	วันที่เกิดเหตุ	ยอดจากปีก่อนหน้า	วันเดือน	ปี
เวลา (น.)	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที			นาที	นาที	นาที	นาที
เบร์ กม.	_____ กม.			_____ กม.	_____ กม.	_____ กม.	_____ กม.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป _____ กม.			ระยะทางเดิน _____ กม.	ระยะทางเดิน _____ กม.	ระยะทางเดิน _____ กม.	ระยะทางเดิน _____ กม.

3. ผู้ช่วยป่วย

ผู้นำหน้าที่ช่วยป่วย	ชาย _____	สี _____	เพศ _____	อายุ _____	ช่องทาง _____	ประวัติเจ็บป่วย _____	
<input type="checkbox"/> คนไข้ มากับเรื่องประชาราตน (ปรับตัวformat) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถหายใจ	<input type="checkbox"/> ขาวะด่างค่า _____	<input type="checkbox"/> ของขึ้นหัวใจ _____	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	
<input type="checkbox"/> ขาวะด่างค่าที่ไม่แน่ชัวร์ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก _____	มาที่หน้าตู้ยาห้อง _____					<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก _____	
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก						
อาการป่วย							
ประกายตาอยู่ป่วย	<input type="checkbox"/> ตาตื้น/ลุบตื้น	<input type="checkbox"/> ตาบวมบาน	<input type="checkbox"/> ตาบวมบาน	<input type="checkbox"/> ตาบวมบาน	<input type="checkbox"/> ตาบวมบาน		
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกดีๆ	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ลงตัว	<input type="checkbox"/> ลงตัว	<input type="checkbox"/> ลงตัว		<input type="checkbox"/> ลงตัว
กระหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจง่าย	<input type="checkbox"/> หายใจง่าย	<input type="checkbox"/> หายใจง่าย	<input type="checkbox"/> หายใจง่าย	<input type="checkbox"/> หายใจง่าย		<input type="checkbox"/> หายใจง่าย
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก		<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบากที่รุนแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง		<input type="checkbox"/> หายใจลำบากที่รุนแรง
อาการเจ็บปวด							
หัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> ใจบด <input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด
กระเพาะ <input type="checkbox"/> กระเพาะหอบ <input type="checkbox"/> ใจบด <input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด
กระเพาะท้อง <input type="checkbox"/> กระเพาะหอบ <input type="checkbox"/> ใจบด <input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวด
กระเพาะท้องรุนแรง <input type="checkbox"/> กระเพาะหอบรุนแรง <input type="checkbox"/> ใจบด <input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง	<input type="checkbox"/> หัวใจเจ็บปวดรุนแรง
อาการอื่นๆ							
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

4. หมายสำคัญที่ต้องใส่ไว้ในพยาบาล (โดยหัวหน้าที่บันทึกและนักการพยาบาลที่รับผิดชอบ)

นำส่งที่โรงพยาบาล _____	เวลา _____	□ ปวดร้าว _____	□ อาเจียน _____
เส้นเลือด <input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อ/สารกระแทกไข้ตัวเดียว <input type="checkbox"/> ญื่น _____	<input type="checkbox"/> มือทั้งสอง <input type="checkbox"/> แขนทั้งสอง <input type="checkbox"/> ขาทั้งสอง <input type="checkbox"/> หัวใจบด <input type="checkbox"/> กระเพาะท้อง <input type="checkbox"/> กระเพาะหอบ <input type="checkbox"/> ใจบด _____	มือทั้งสอง <input type="checkbox"/> แขนทั้งสอง <input type="checkbox"/> ขาทั้งสอง <input type="checkbox"/> หัวใจบด <input type="checkbox"/> กระเพาะท้อง <input type="checkbox"/> กระเพาะหอบ <input type="checkbox"/> ใจบด _____	
ญื่น _____	ร้าว _____		

5. การประเมิน/บันทึกการนำเสนอ (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้ในพยาบาลที่รับผิดชอบ)

NN _____ 96 _____ การวินิจฉัยโรค			
ระดับการศัพท์พยาบาล(ER Triage) <input type="checkbox"/> แม่ท้อ (Agitate) 1.1-1.2 <input type="checkbox"/> เดือด (Severe shock) 1.3 <input type="checkbox"/> เชื้อรา (Septic shock) 1.4 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก 1.5 <input type="checkbox"/> ล้า (Exhaustion) 1.6 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับยาต้านเชื้อราในวันเดือนที่แล้ว _____			
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ _____	ไม่เจ็บ _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ _____	ไม่เจ็บ _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ _____	ไม่เจ็บ _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____	เจ็บแต่ไม่เจ็บมาก _____
หัวใจบด _____	หัวใจบด _____	หัวใจบด _____	หัวใจบด _____

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่ยาสามัญ (ต้องรวมไว้ในวันเดือนเดียวกัน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> รุ้งยา <input type="checkbox"/> รักษาตัวที่บ้าน <input type="checkbox"/> ยังรักษาไม่หาย <input type="checkbox"/> เป็นโรคติดเชื้อห้องต่อห้อง <input type="checkbox"/> กลับไปปลูกถังบ้าน <input type="checkbox"/> ทราบแล้วว่าไม่ใช่ยาสามัญ

แบบบันทึกการปฐมพิริยาหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. ผู้ป่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่รับป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่		
เจ้าหน้าที่สูญเสียชีวิต	รหัส 2	รหัส _____		
3.	รหัส 4	รหัส _____		
ผลการปฐมพิริยา	<input type="checkbox"/> น้ำนมสด	<input type="checkbox"/> นมสด	สถานะหัวใจเสียชีวิต	_____
	เหตุการณ์ _____			

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันศักราช	ออกอาการ	วันเดือนปีเกิด	ออกอาการปีเกิด	วันที่	ปีพุทธ
เวลา (น.)	08:00	2023	01:00	2023	01:00	08:00	2566
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที					นาที	นาที
เวลา ท.m.	_____.00					00:00	00:00
รวมเวลา (ก.m.)	รวมระยะเวลาทั้งหมด _____ นาที					รวมเวลาทั้งหมด _____ นาที	รวมเวลาทั้งหมด _____ นาที

3. ผู้เข้าร่วม

ค่าบันทึกชื่อผู้ป่วย _____ นามสกุล _____ วันที่ _____ 月 ปี _____ น.ส. <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	บันทึกชื่อผู้ช่วย _____
<input type="checkbox"/> คนไทย เผ่าพันธุ์ไทย (ไทยเชื้อสายไทย) _____ <input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว	บันทึกชื่อผู้ช่วย _____
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว (เชื้อสายไทย) _____ เนื้อที่พำนักเดินทาง _____	บันทึกชื่อผู้ช่วย _____
เชื้อชาติไทย _____ <input type="checkbox"/> ต่างด้าว _____ <input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว _____ <input type="checkbox"/> ประวัติเสื่อม _____ <input type="checkbox"/> ประวัติความไม่สงบ _____ <input type="checkbox"/> ประวัติอาชญากรรม _____	บันทึกชื่อผู้ช่วย _____
รายการผู้ป่วย	
ประสาทสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	_____
ความรู้สึกค้าง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
บาดแผล <input type="checkbox"/> บุบหนอง <input type="checkbox"/> รอยฟุ้ง <input type="checkbox"/> รอยแตก <input type="checkbox"/> รอยตีบ	_____
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่แน่น <input type="checkbox"/> ผิดรูป	_____
รายการเจ็บปวด	
ปวดท้องหนัก <input type="checkbox"/> ไม่มีท้อง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การทรมาน <input type="checkbox"/> ไม่มีทรมาน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
รายการทุบตุบ	
หัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่มีหัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว	_____
หัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่มีหัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว	_____
หัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่มีหัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว <input type="checkbox"/> หัวใจบีบตัว	_____
รายการอื่นๆ	
ผลการตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่พบไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ไข้	_____
ผลการตรวจอุจจาระ <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ	_____
ผลการตรวจอุจจาระ <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ	_____
ผลการตรวจอุจจาระ <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ	_____

4. อาการที่คิดว่าเป็นสาเหตุของพิริยา

อาการที่คิดว่าเป็นสาเหตุของพิริยา <input type="checkbox"/> ไม่มีสาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ	สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ
สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ	สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ
สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ	สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ
สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ	สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ <input type="checkbox"/> สาเหตุ

5. การประเมิน/เครื่องดูอาการน้ำเสียง (โดยแพทย์ ห้องน้ำสุขา ประจำตัวให้รับผู้ดูแล)

HN. _____ การวินิจฉัยโรค	_____
ระดับการตัดแยก(EH: Trauma) <input type="checkbox"/> แม่ด้านหลัง (L) 2, 2 <input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อบริเวณหัวใจ 2, 2 <input type="checkbox"/> ที่สูงกว่าหัวใจ 2, 2 <input type="checkbox"/> ที่ต่ำกว่าหัวใจ 2, 2	_____
หัวใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____
หัวใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	_____

6. ผลการวินิจฉัย/ไม่ได้พิริยา (ตัดความโน้มน้าวนอก)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> ทุบตุบ <input type="checkbox"/> รักษาตัวที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> เดินทางไป <input type="checkbox"/> ไม่ได้รักษาวินิจฉัย <input type="checkbox"/> กักตัวในประเทศไทย <input type="checkbox"/> ความไม่ได้รักษาในประเทศไทย	_____

แบบรับที่เก็บการปฐมพิจารณาเบื้องต้นการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดแม่ฯ

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำเนาผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ชื่อผู้ดำเนินการ
สำนักป่าที่ดูแลพื้นที่	รหัส	รหัส
3.	ประจำ	ประจำ
หมายเหตุ	หมายเหตุ	หมายเหตุ
หมายเหตุ	หมายเหตุ	หมายเหตุ
หมายเหตุ	หมายเหตุ	หมายเหตุ

2. ข้อมูลเวลา

	เรียบร้อย	รักษาด้วยยา	ระยะเวลา	เรียนรู้ด้วยตา	ออกอาการที่สำคัญ	รีบดู	สืบต่อ
เวลา (น.)	12.00	14.00	14.00	17.00	17.00	17.00	17.00
รวมเวลา (นาที)						นาที	นาที
เดช กม.	10000			10000		10000	10000
ระยะทาง (กม.)						ระยะทางจากที่มา..... กม.	ระยะทางไปที่..... กม.

3. ผู้เดินทาง

ค่าเดินทางเบื้องต้น	จำนวน ๗๕	บาท	๑๙	เพล	<input type="checkbox"/>	ชาติ	<input type="checkbox"/>	พม่า	<input type="checkbox"/>
□ คนไทย	นราธิศรีประชานาถ(บุญเต่า)				<input type="checkbox"/>	นราธิศรีประชานาถ			
□ ชาวต่างด้าว	ปะตู								
□ ชาวต่างด้าว	เดชที่หนึ่งเดือนกาน								
□ ลูกเสือ	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก
□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก	□ น้ำตก

หมายเหตุ

ประเมินภัยปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บด้วยกระสุน	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บด้วยเชือก	ความเสี่ยงด้าน	<input type="checkbox"/> รู้สึกได้	<input type="checkbox"/> ยัง	<input type="checkbox"/> หอบ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ความเสี่ยงด้าน	<input type="checkbox"/> หอบ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	ความเสี่ยงด้าน	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	บาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

หมายเหตุ

ประเมินบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ต้องห้ามปัจจุบัน	ประเมินบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> เป็นหัวใจ	<input type="checkbox"/> เป็นหัวใจ	<input type="checkbox"/> เป็นหัวใจ	<input type="checkbox"/> เป็นหัวใจ
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ

4. เกณฑ์การตัดสินใจเรื่องหนาแน่น (ให้กดที่หน้าที่มีสีแดงเพื่อตัวเลือกการเพิ่มน้ำหนาแน่นของศูนย์ฯ)

นำส่งที่โรงพยาบาล	จำนวน	เดช กม.	ราศี	<input type="checkbox"/> ทราบ
เหตุผล	<input type="checkbox"/> หลักสูตร/การอบรมให้ได้	สูง	ต่ำ	<input type="checkbox"/> มีพิการทางร่างกาย
ผู้ควบคุมสถานที่				<input type="checkbox"/> เป็นคนดูแลหรือส่งเมืองไกลมากกว่า ๑๕๐

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประชารักษาราษฎร์ที่รับผิดชอบ)

HN	การรับใช้ด้วยโทรศัพท์		
ประเมินการดีดดูด(EDE) ต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ชื่อผู้นำส่ง	คำแนะนำ	รายการ	สืบต่อ

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่พยาบาล (ติดตามในวันเดือนถัดไป)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
□ ญาติ	<input type="checkbox"/> รักษาตัวเอง	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์
□ ญาติ	<input type="checkbox"/> รักษาตัวเอง	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์	<input type="checkbox"/> รักษาในราษฎร์

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	บันทึก	วันที่	วันที่บันทึก
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการ	ชั้น	ชั้น	ชั้น
3	ชั้น	ชั้น	ชั้น
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่ประสบ	<input type="checkbox"/> ประสบ	สถานที่เกิดเหตุ
	พื้นที่ภารกิจ		

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่มีเหตุ	วันที่ดำเนินการ	ระยะเวลาทั้งหมด	น้ำหนักกิโลกรัม	ระยะเวลาที่เก็บหาดู	น้ำหนัก	เดือน	ปี			
เวลา (น.)	09:34 น.	10:15 น.	1 ชม.	60	1 ชม.	60	ก.ค.	2561			
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที				นาที	_____ นาที					
เวลา กม.	_____ กม.				_____ กม.						
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะเวลาที่ _____ ชม.				รวมเวลาที่เดินทาง _____ ชม.						

3. ผู้เข้ารับการช่วย

คำว่าเจ็บหรือเจ็บปวด มาก ปานกลาง น้อย <input checked="" type="checkbox"/> เช่น <input type="checkbox"/> ชา <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	เจ็บในบริเวณใด _____	เจ็บที่หัว/ศีรษะ/หลังศีรษะ <input type="checkbox"/>	เจ็บในท้อง/ไข้ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> คันในขา มากบัตรปรบขาเร้น (รักษาร้อนๆ)	<input type="checkbox"/> แรงกดทับบริเวณขา <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> แรงกดทับบริเวณขา <input type="checkbox"/>	เจ็บในบริเวณท้องหน้า <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ขาวท่อระบายน้ำอุดตัน <input type="checkbox"/>	เจ็บที่หัวใจสีแดงตื้นๆ <input type="checkbox"/>	เจ็บที่หัวใจสีแดงตื้นๆ <input type="checkbox"/>	
สีเหลือง/orange <input type="checkbox"/> สีฟ้า/orange <input type="checkbox"/> สีฟ้า/orange <input type="checkbox"/> สีเหลือง/orange <input type="checkbox"/> สีเขียว/orange <input type="checkbox"/>	เจ็บในบริเวณท้องหน้า <input type="checkbox"/>	เจ็บในท้องหน้า <input type="checkbox"/>	เจ็บในท้องหน้า <input type="checkbox"/>

อาการผู้ป่วย

ประ Bakanดูด <input type="checkbox"/> บนเตียง/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ปั๊มน้ำหนัก <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลว	<input type="checkbox"/> บาดแผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ความดันสูงมาก <input type="checkbox"/> หูชั่นดี <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หัวใจหอบหืด <input type="checkbox"/> ใจบั่นหอบหืด <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>

หายใจลำบาก

หายใจลำบาก หายใจลำบาก

หายใจลำบาก

หายใจลำบาก หายใจลำบาก

หายใจลำบาก

อ้ายยวะ <input type="checkbox"/> ลิ้นชัก/昏迷 <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนอง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> แขนหัก <input type="checkbox"/> Multiple injury back

อาการที่พบเห็น

หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ใจดีหอบหืด <input type="checkbox"/> หัวใจบั่นหอบหืด <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ใจดีหอบหืด <input type="checkbox"/> หัวใจบั่นหอบหืด <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ใจดีหอบหืด <input type="checkbox"/> หัวใจบั่นหอบหืด <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ใจดีหอบหืด <input type="checkbox"/> หัวใจบั่นหอบหืด <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>

ผลการดูดไขมันภายในเส้นเลือด <input type="checkbox"/> ไม่พบไขมันได้รับการดูด <input type="checkbox"/> ไขมัน <input type="checkbox"/> หมาด <input type="checkbox"/> แข็งดี <input type="checkbox"/> แข็งมาก <input type="checkbox"/> มีไขมัน <input type="checkbox"/> ไขมันน้ำนม <input type="checkbox"/>

4. รายการที่แสดงในใบสั่งแพทย์ (โปรดระบุรายการที่ได้รับการรักษาด้วยยาและยาอื่นๆ)

ยาสั่งยาเม็ดที่ได้รับการรักษา <input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/>
ยาสูบ <input type="checkbox"/> ยาเสพติด/ยาการดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/> เป็นอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> เป็นคราบเลือดออกที่หัวใจได้มาจากการ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ยาดีที่หัวใจ <input type="checkbox"/> เป็นอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> เป็นคราบเลือดออกที่หัวใจได้มาจากการ <input type="checkbox"/>

5. การประเมินรินทร์ของการรักษา (โดยแพทย์ หน้างาน ประจักษ์ให้แพทย์ทราบที่รั้วคุมอยู่)

H/H _____ ความรู้สึกของไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>
ไข้ติดต่อที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>
ไข้ติดต่อที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>
ไข้ติดต่อที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อ <input type="checkbox"/>

6. ผลการรักษาที่ได้รับแพทย์ ใช้ยาดีที่หัวใจ ยาดีที่หัวใจ ยาดีที่หัวใจ

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> รุนแรง <input type="checkbox"/> รุนแรงต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> รุนแรงใน霎那 <input type="checkbox"/> รุนแรงที่หัวใจ <input type="checkbox"/> กลับไปมาอย่างรุนแรง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/>	

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดนนทบุรี

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่		
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 1	รหัส 2	รหัส 3		
	รหัส 4	รหัส 5		
ออกอาการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบร�ม	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	จำนวนชั่วโมง	เวลาริบบิ่ง	ระยะเวลาฐาน	เดือน	ปี	วันที่
เวลา (น.), น. น. น. น. น. น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				นาที	นาที
บท กม.						
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.		ระยะทางเดินทางไป..... กม.	ระยะทางเดินทางกลับ..... กม.	ระยะทางเดินทางกลับ..... กม.	

3. ผู้เข้ารับการรักษา

คำแนะนำในการรักษา	ระยะเวลา..... นาที	<input checked="" type="checkbox"/> เด็ก	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง	นำเข้าเจ้าหน้าที่.....
<input type="checkbox"/> นอนราบ เนราน้ำเย็นระหว่างบิน (นรนส์บิน)		<input type="checkbox"/>	ผู้รายงานผู้เดียว		
<input type="checkbox"/> รายงานยาเสียหาย	ระยะเวลา..... นาที				
ลักษณะการรักษา				
ผลการรักษา				
ความเสี่ยงด้านชีวิต	<input type="checkbox"/> ไข้สูงติดต่อตัว	<input type="checkbox"/> ชีวิต	<input type="checkbox"/> หอบ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> เจ็บ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> บาดแผลเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> บีบ嫁膏 / หลอด	<input type="checkbox"/> แมลงฟาง / แมลงสาบ
กระดูกและอวัยวะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> กระดูกหัก		<input type="checkbox"/> กระดูกหัก
อาการ	<input type="checkbox"/> ปวด	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
อาการท้อง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> ปวดท้องร้าว	<input type="checkbox"/> ปวดท้องร้าว
ความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตต่ำ	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตต่ำ
อาการหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ภาวะตื้นตันชิพ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ผลการรักษาที่ขาดทิ้ง	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ
หมายเหตุ				

4. หมายเหตุการตัดสินใจถ่ายเข้าโรงพยาบาล (โดยเจ้าหน้าที่แพทย์/ภารกิจงานที่ไม่สามารถดูแลได้)

จำนวนผู้เสียชีวิต	เวลา.....	<input checked="" type="checkbox"/> ทำฟัน	<input type="checkbox"/> รับผ่าตัด
ผู้เสียชีวิต	<input type="checkbox"/> ผู้เสียชีวิต	<input type="checkbox"/> ผู้เสียชีวิต
ผู้รับผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ผู้รับผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ผู้รับผ่าตัด

5. อาการประยุกต์/ภารกิจการนำส่ง (โดยเจ้าหน้าที่แพทย์/ภารกิจงานที่รับผู้เสียชีวิต)

HN.....	การรับเชิงดิจิทัล.....				
รหัสตัดการพัฒนา(SLR Triage)	<input type="checkbox"/> ไม่ทึบตัน ($1.0, 2.0$)	<input type="checkbox"/> ทึบตัน ($1.5, 2.5$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก ($1.5, 2.0$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก ($1.5, 2.5$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก ($1.5, 2.5, 3.0$)
หายใจลำบาก ($1.5, 2.0$)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก ($2.0, 2.5$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก ($2.5, 3.0$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก ($3.0, 3.5$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก ($3.5, 4.0$)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

6. ผลการรักษาที่ไม่ในโรงพยาบาล (เดินทางมายังสถานที่อื่นเพิ่มเติม)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> ขาด	<input type="checkbox"/> รักษาตัวที่บ้าน	<input type="checkbox"/> รักษาในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> รักษาในบ้าน	<input type="checkbox"/> รักษาในโรงพยาบาล

แบบบันทึกการปฐมพยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วย (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำนักผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ผู้ดูแลการรักษา
เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	รหัส 2	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	รหัส 4	รหัส
<input type="checkbox"/> ไม่พึงดูแล	<input type="checkbox"/> พึงดูแล	สถานที่เก็บยา
หมายเหตุ _____		

2. ข้อมูลเด็ก

	ชื่อเด็ก	วันเดือนปีเกิด	ผลการตรวจ	เด็กเก็บยา	ออกอาการเมื่อ	เด็ก	เมื่อ
ชื่อ (น.)	กานต์	1/01/00	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
นามสกุล (นาม)	กานต์	กานต์	Response time = นาที	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
เพศ กม.	ชาย	ชาย	_____	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
อายุเด็ก (กม.)	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน

3. ผู้เข้ามา

ค่าใช้จ่ายที่อยู่บ้าน	รายการ	จำนวน	รายการ	จำนวน
<input type="checkbox"/> กินไข่ นมคัตเตอร์รานจ์(Bilirubin)	รายการ	จำนวน	<input type="checkbox"/> บรรยายผ่านทาง	รายการ
<input type="checkbox"/> ชาและชาอื่นๆ	รายการ	จำนวน	<input type="checkbox"/> บรรยายผ่านทาง	รายการ
สิ่งของที่หายไป <input type="checkbox"/> บัตรของ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรสวัสดิการ <input type="checkbox"/> บัตรคนจน <input type="checkbox"/> บัตรคนจนของบุตรกัน				

หมายเหตุ

ประสาทสัมภาระ	<input type="checkbox"/> ขาซ้าย/ขวาดี	<input type="checkbox"/> ขาขวาดี	
ความรู้สึกด้วย	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> หล่อหลอมดีมาก <input type="checkbox"/> หล่อหลอมดีมากในสิ่ง	<input type="checkbox"/> หล่อหลอมดีมากในสิ่ง	<input type="checkbox"/> หล่อหลอมดีมากในสิ่ง
กระหายด้วย	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก
น้ำดื่ม	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ดื่มดี <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก / ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดื่มดี <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก / ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดื่มดี <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก <input type="checkbox"/> ดื่มดีมาก / ดีมาก
กระซูบดีดกวน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย

อื่นๆ ศีรษะ/หัว ใบหน้า ท้องดีดดัน หน้าอักเสบ/อักเสบ ขาหัก แขนหัก Estremities มือหัก Multiple injury back

อาการเจ็บปวด

หายใจด้วย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก(Pocket mask)	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การห้ามเมือด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ห้ามหัว <input type="checkbox"/> ห้ามหัวมาก	<input type="checkbox"/> ห้ามหัว <input type="checkbox"/> ห้ามหัวมาก
การหายใจด้วย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
ช่องทึบดีดดัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดีดดัน <input type="checkbox"/> ดีดดันมาก	<input type="checkbox"/> ดีดดัน <input type="checkbox"/> ดีดดันมาก
และการถอดวิญญาณเดิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ถอดได้ <input type="checkbox"/> ถอดได้ดี <input type="checkbox"/> ถอดได้ดีมาก	<input type="checkbox"/> ถอดได้ <input type="checkbox"/> ถอดได้ดี <input type="checkbox"/> ถอดได้ดีมาก

และการถอดวิญญาณเดิน ไม่ได้ ถอดได้ ถอดได้ดี ถอดได้ดีมาก ถอดได้ดีมาก

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (เป็นตัวชี้วัดที่มีผลต่อการดำเนินการพื้นฐานของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา	<input type="checkbox"/> รถรับ <input type="checkbox"/> รถพยาบาล
ด้วย	<input type="checkbox"/> ทางรถ/ทางการรักษาให้ <input type="checkbox"/> รถไถ <input type="checkbox"/> รถล้อปะรุง <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเดียว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเดียวที่ต้องการให้抬担架 (รถ)	
ผู้ร่วมเดินทาง	เวลา	

5. การประเมินรับประทานน้ำดื่ม (ด้วยแพทย์ พยาบาล ประจําวัน หรือพยาบาลที่รับอนุมัติ)

HN: 161872 การวินิจฉัย	รายการ
ระดับการดูแล(ER Triage): <input type="checkbox"/> แดง(Red) 1,2 <input type="checkbox"/> เหลือง(Yellow) 3,4 <input type="checkbox"/> เหลืองเข้ม(Yellow-green) 5,6 <input type="checkbox"/> ขาว(White) 7,8	<input type="checkbox"/> ดี (≥ 10 วินิจฉัยการรักษาดูแลที่มีประสิทธิภาพ)
หายใจด้วย <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจไม่ดีมาก/ดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
การห้ามเมือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ห้ามหัว <input type="checkbox"/> ห้ามหัวมาก	<input type="checkbox"/> ห้ามหัว <input type="checkbox"/> ห้ามหัวมาก
การหายใจด้วย <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก
ช่องทึบดีดดัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดีดดัน <input type="checkbox"/> ดีดดันมาก	<input type="checkbox"/> ดีดดัน <input type="checkbox"/> ดีดดันมาก

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่พยาบาล (ต้องมีในวินิจฉัยเดียว)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ทุกอย่าง <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อป้องกัน <input type="checkbox"/> รักษาในราย <input type="checkbox"/> เสียชีวิตในรา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาหนีบลับ <input type="checkbox"/> กลับไปนอนบ้าน <input type="checkbox"/> พร้อมเข้าไปทำงาน	

ลงนามท่านที่เก็บข้อมูลที่สำคัญในการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2562

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการยุทธิจัดเป็นพื้น (EMR) ชีววัตถุ

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	ที่ที่	ผู้ปฏิบัติการ	
เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล	รหัส	รหัส	
3.	รหัส	รหัส	
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานะภัยคุกคาม
	เหตุการณ์		

2. ข้อมูลเวลา

	ที่มาของเหตุ	วันศักราช ผู้ปฏิบัติการ	สถานะภัยคุกคาม	ผู้รับภัยคุกคาม	สถานะพิเศษเหตุ	ผู้ดูแล	เดือน
เวลา (น.)	15.00 น.	15.00 น.	15.00 น.	15.00 น.	15.00 น.	15.00 น.	15.00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที				นาที	นาที	
เวลา กม.	155.00		155.00		155.00		155.00
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป		กม.		ระยะทางที่บิน	กม.	
	ระยะทางไป		กม.		ระยะทางที่บิน	กม.	

3. ผู้เดินทาง

ค่าดำเนินการซื้อขายบิน	บาท	<input checked="" type="checkbox"/> ตาก	<input type="checkbox"/> ขาด	<input type="checkbox"/> หัก	ประจำเดินทาง	<input type="checkbox"/> ประจำเดินทาง	ประจำเดินทาง
<input type="checkbox"/> ตนไทย	ทราบบัตรประชาชน(บัตรประจำตัว)	<input type="checkbox"/> 並將姓名			<input type="checkbox"/> ทราบ姓名	<input type="checkbox"/> ชื่อต่างประเทศ	
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว	ทราบตัวตน	<input type="checkbox"/> 並將姓名			<input type="checkbox"/> ทราบ姓名	<input type="checkbox"/> ชื่อต่างประเทศ	
ต้องการรักษา <input type="checkbox"/> ให้หายดี <input type="checkbox"/> รักษาอาการ <input type="checkbox"/> ประคบรักษา <input type="checkbox"/> บรรเทาความเจ็บปวด <input type="checkbox"/> ไม่มีสิ่งก่อภัยใน							

ภาระผู้ป่วย

ประเมินผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บรุนแรง	<input type="checkbox"/> ชีวะอยู่ดี	ความเสียหาย	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	ความเสียหาย	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ความเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ	ความเสียหาย	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	ความเสียหาย	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

การเคลื่อนไหว

หางเส้นทางไข้	<input type="checkbox"/> ไม่มีไข้	<input type="checkbox"/> ไข้ต่ำๆ	หางเส้นทางไข้	<input type="checkbox"/> ไข้สูงมาก	<input type="checkbox"/> ไข้สูงมาก	หางเส้นทางไข้	<input type="checkbox"/> ไข้สูงมาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง
ผลการสูญเสียของเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเสีย	<input type="checkbox"/> เสียเล็กน้อย	ผลการสูญเสียของเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> เสียเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> เสียเล็กน้อย	ผลการสูญเสียของเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> เสียเล็กน้อย

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจของศูนย์ฯ)

นำส่งที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> เพศชาย/หญิง	ไม่มี	<input type="checkbox"/> รักษา	<input type="checkbox"/> รักษา
<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ	ไม่มี	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ
ผู้ติดเชื้อ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

5. การประเมิน/วิเคราะห์การนำส่ง (เกณฑ์แพทย์ หมายเหตุ ประเมินวิเคราะห์การนำส่งคุณภาพ)

HN	การรับมือโรค				
เกณฑ์การตัดสินใจ(ER Triage) <input type="checkbox"/> จนไว้ด้วยตัวเอง(L1,L2) <input type="checkbox"/> จนต้องรีบดูแล(L3) <input type="checkbox"/> เพิ่งจะได้รับการดูแล <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ล้า (ใช้เกณฑ์การตัดสินใจไม่ได้คุณภาพ)					
หางเส้นทางไข้	<input type="checkbox"/> ไม่มีไข้	<input type="checkbox"/> ไข้ต่ำๆ	หางเส้นทางไข้	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง
ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	ช่องเส้นเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มีเดินทาง

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช้แพทย์ทางาน (เก็บค่านิรันดร์)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อสืบ <input type="checkbox"/> รักษาในรถ <input type="checkbox"/> รักษาในรถ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/ไม่รักษา <input type="checkbox"/> ก็เข้าไปแพทย์บ้าน <input type="checkbox"/> ตามค่าวินิจฉัยทาง

ชื่อ นางบุญมา ชันสูรยา

HN 0193774 0 วันที่ 6 เดือน
CID 3420100259694

แบบฟอร์มพิมพ์สำหรับผู้ที่ต้องการอุทกภัณฑ์ (EMR) :

สำเนาด้านซ้าย(CN).....

1. หน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____

หัวหน้าที่ได้รับการแต่งตั้ง _____

รหัส _____



22-01-2565