



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสาวย

ที่ อย 52004/-

วันที่ 2 ธันวาคม 2564

เรื่อง รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานครึ่งปี (แพทย์อุกเดิน) ประจำเดือนพฤษภาคม 2564

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสาวย

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานครึ่งปี (แพทย์อุกเดิน) ประจำเดือนพฤษภาคม 2564 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ผู้บริหารได้รับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง รวมจำนวน 4 คน
2. ป่วยอุกเดิน จำนวน 9 ครั้ง รวมจำนวน 9 คน
3. ท้าวไป/อื่นๆ จำนวน 13 ครั้ง รวมจำนวน 2 คน

} 26 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

(นายวิชัย บุญหนัก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความเห็นของปลัดเทศบาล

(นายธงชัย บุตรเดช)

ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน  
ปลัดเทศบาลตำบลน้ำสาวย

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

(นายไสวณ อริยะสูข)

นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสาวย

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานถัดข้อ (แพทย์อุกเดิน) ประจำเดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลคล้าสาย

รายงานตัวเลขทะเบียน กท 1355 เลย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อัปดีเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยอุกเดิน (ครั้ง/คน)	ทั่วไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
3 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิชัยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์
3 พฤศจิกายน 2564	23:19 น.	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิชัยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์
4 พฤศจิกายน 2564	08:37 น.	-	1	-	นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
4 พฤศจิกายน 2564	19:00 น.	-	1	-	นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
5 พฤศจิกายน 2564	11:56 น.	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์
8 พฤศจิกายน 2564	14:28 น.	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
10 พฤศจิกายน 2564	16:20	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
10 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
11 พฤศจิกายน 2564	16:32 น.	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายทรงเดช ผลผลดุ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์
15 พฤศจิกายน 2564	10:37 น.	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิชัยวงศ์
15 พฤศจิกายน 2564	19:52 น.	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิชัยวงศ์
16 พฤศจิกายน 2564	19:10 น.	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
16 พฤศจิกายน 2564	09:08 น.	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรรารุต เกษะเกษตร นายวีระพล อุดคำเที่ยง

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานถู๊ชีพ (แพทย์ดูกัน) ประจำเดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รายงานต์หมายเลขทะเบียน กท 1355 เลย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยดูกัน (ครั้ง/คน)	ทั้งไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
17 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
20 พฤศจิกายน 2564	08:50 น.	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
21 พฤศจิกายน 2564	09:41 น.	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
22 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม
23 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
24 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
24 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
25 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
26 พฤศจิกายน 2564	16:18 น.	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม
26 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม
27 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
28 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระบวนการ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
29 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม
30 พฤศจิกายน 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม
รวม		4	9	13	

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานถู๊ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....พฤษจิกายน.....พ.ศ....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำขาว

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1. อุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง			
- MC ส้ม夷	2	2	
- ตกจากที่สูง	1	1	
- สิ่นล้มปากแทก	1	11	
2. ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 9 ครั้ง			
- เหนื่อยหอบ	2	2	
- กินยาล้างห้องน้ำ	1	1	
- ปวดท้อง	1	1	
- ชาบวม	1	1	
- ปวดท้องไกสัคคลอต	2	2	
- แมลงอักเสบมีเลือดออก	1	1	
- เบ้าหวาน	1	1	
3. เคล็บวิการ			
- รับ - ส่ง โรงพยาบาลและ	13	2	- นางโอม กรชวน - นางสมนึก บุณเพ่อง
รวม	26	15	

(นางสาวสิริ แจ้งลัย)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายกิตติภูมิ บุญหนัก

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

๒๕๖๔

(นายนิศากรณ์ อริยะธาร)

นายกเทศมนตรีตำบลน้ำขาว

## แบบบันทึกการปฐมพิจารณาหน่วยปฐมพิการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฐมพิการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฐมพิการ	วันที่	นักบริการที่
เจ้าหน้าที่รับใช้บริการ 1	รหัส 2	รหัส
3.	รหัส 4	รหัส
ผลการปฐมพิจารณ	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ <input type="checkbox"/> สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	วันคืนของ ปฐมพิการ	ออกอาการครั้ง	วันที่เกิดเหตุ	ออกอาการที่เกิดเหตุ	วันที่	วันที่
เวลา (น.)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที				.....	นาที	นาที
เส้น กม.					.....	.....	.....
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะทางกลับ..... กม.	ระยะทางไป วินาที	..... กม.

## 3. ผู้เข้ามายัง

ค่าน้ำหนักซึ่งอยู่บ้าน..... กก. วัย..... ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ห้องนอนเดียว ( <input type="checkbox"/> ห้องนอนห้องเดียว <input type="checkbox"/> ห้องนอนห้องต่อห้อง)
<input type="checkbox"/> ทนไม่ไหว เสื้อผ้ารับประทาน (ประจำ format) <input type="checkbox"/> ธรรมชาติค่าตัวร้าว	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ ( <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุเดียว)
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ( <input type="checkbox"/> ประจำตัว) รายการที่เก็บอ่อนไหวมาก	บ้านเดียว ( <input type="checkbox"/> บ้านเดียว <input type="checkbox"/> บ้านเดียวเดียว)
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> บัตรห้อง <input type="checkbox"/> ชาร์จการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานค่าจ้างวันละเงินเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีค่าจ้างกันกัน	บ้านเดียว ( <input type="checkbox"/> บ้านเดียวเดียว <input type="checkbox"/> บ้านเดียวเดียวเดียว)
อาการปัจจุบัน	
ประณามที่บ้าน <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/ถูกตีเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยอกเมิน	
ความรู้สึกด้วย <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก <input type="checkbox"/> รู้สึกไม่ดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมากในเรื่อง	<input type="checkbox"/> หมอนคลายตัวร้าว
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถหายใจ
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แสดงออก <input type="checkbox"/> ซึ้งชา / ตื้อ <input type="checkbox"/> แสดงอาการ <input type="checkbox"/> แมลงสาบ <input type="checkbox"/> ถูกยิ่ง <input type="checkbox"/> ถูกบites <input type="checkbox"/> ถูกกระแทก	<input type="checkbox"/> แมลงสาบ
กระดูกพังทุรุป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครุภัย	<input type="checkbox"/> กระดูกหัก
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หัว <input type="checkbox"/> หนังศีรษะ/หนังตา <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> เจ็บกระวน <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury/back	<input type="checkbox"/> กระดูกหัก
การรับประทาน	
หายใจด้วย <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก <input type="checkbox"/> หายใจดีมากในเรื่อง	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> Pocketmask)
การดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
การดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
ช่วยดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ช่วยดื่มน้ำเมือก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมาก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมากในเรื่อง	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)

## 4. ណามที่ต้องดูแลให้ส่งโรงพยาบาล (โดยพิจารณาตามและ/หรือการประเมินของศูนย์ฯ)

น้ำที่ดื่มที่ดูดด้วยหัวใจ <input type="checkbox"/> น้ำ <input type="checkbox"/> น้ำร้อน <input type="checkbox"/> น้ำเย็น	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
เด็ก <input type="checkbox"/> เด็กเล็ก/เด็กน้อย <input type="checkbox"/> ลูกไก่ <input type="checkbox"/> น้ำอีกต่อไป <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเด็ก <input type="checkbox"/> เป็นความประทับใจ ( <input type="checkbox"/> น้ำอีกต่อไปมากกว่า 1 ขวด)	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)

## 5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้เพื่อทราบที่รับผิดชอบ)

HN. _____	การวินิจฉัยโรค
ระดับการตัดสินใจ(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง (วิกฤต) L1, L2 <input type="checkbox"/> เขียว (ระดับรุนแรง) L3 <input type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) L4 <input type="checkbox"/> ขาว (ผู้ป่วยไม่เป็นไร) L5 <input type="checkbox"/> ฟ้า (ผู้ป่วยภาวะทางกายภาพที่ดีในใจ)	
หายใจด้วย <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก <input type="checkbox"/> หายใจดีมากในเรื่อง	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
การดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
การดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำเมือกมาก	<input type="checkbox"/> หายใจดี ( <input type="checkbox"/> หายใจดีมาก)
ชื่อผู้ประเมิน _____	สำเพ็ง: <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ลึน ๆ

## 6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ทุ่งนา <input type="checkbox"/> รักษาต่อไปอีก <input type="checkbox"/> ผู้รักษาในรถ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รถ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาหนีก้อน <input type="checkbox"/> กลับไปพักยาน <input type="checkbox"/> ทราบแล้วไม่ทราบผล	

## แบบบันทึกการปฐมพิจารณาหน่วยปฏิการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

12/4

## 1. หน่วยปฏิการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิการ	เชียงใหม่	วันที่	๒๕๖๓/๐๘/๒๔	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	๖๗๙๕	รหัส	๒๕๖๓	รหัส
๓		๔		รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ	อ้อดูแล-ลุงตู่ หมู่ ๗ ถนน กองกาด		
เหตุการณ์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ โทร ๐๕๒ ๐๐๑๐๐๐				

## 2. ข้อมูลเวลา

	รับมือเหตุ	รับคำสั่งออก ปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	เดินทางเดินทาง	เดินทาง	เดินทาง	เดินทาง
เวลา (น.)	๐๘๕๖	๐๘๙๖ น.	๑๒.๙๓	๑๒.๙๓	๑๒.๙๖ น.	๑๒.๙๖ น.	๑๒.๙๖ น.
รวมเวลา (นาที)		Response time = _____ นาที					นาที
นาที กม.	1036.12			1036.30		1036.40	0.00
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป	กม.		ระยะทางกลับ	กม.	ระยะทางไป รถ	กม.

## 3. ผู้เข้ามาป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย ลุงตู่ อายุ ๖๕ ปี เพศ ♂ ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	นามสกุลชื่อเดิม
<input type="checkbox"/> คนไทย เกาหลีประชาราษฎร์ (บันทึกformat) ๓๑๕-๖๖๐๐๔๔๔๔ <input type="checkbox"/> นราภัยค้างคาว	ประวัติอาชญากรรม
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประ夷าด ภาษาที่หันสื่อเดินทาง	ประวัติอาชญากรรม
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ร้าย <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> ประยัkin สังคม <input type="checkbox"/> บรรยายคนศาสตราจารชน์แพทย์บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มีพากเพียบ	ประวัติอาชญากรรม

## อาการเจ็บปวด

ประณภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บทุกส่วน <input type="checkbox"/> ปั๊บดูก็เมิน	
ความดันผู้ป่วย <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ปาน <input type="checkbox"/> ทนสักดีปอกหนืด <input type="checkbox"/> ทนสักดีปอกไม่สืบ	<input type="checkbox"/> แห้ง燥ไปรษะ
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ	
ขนาดเม็ด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แพลงตอน <input type="checkbox"/> น้ำลาย / ตื้อ <input type="checkbox"/> แพลงตอน <input type="checkbox"/> น้ำลาย <input type="checkbox"/> ถูกแนก <input type="checkbox"/> ถูกเจาะ <input type="checkbox"/> ถูกกระเบิด	
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครุ่ป	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ในหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/หน้าอก <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> เท้า/เท้า <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back	

## การช่วยเหลือ

หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจผิดปกติ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask)	
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ห้ามเลือด	
การดามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> น้ำก้อน/น้ำลาย/น้ำตื้อ <input type="checkbox"/> น้ำก้อน/น้ำลาย/น้ำตื้อ	
ช่วยเต้นหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หัวใจ	
และการดูแลรักษาขึ้น dein <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้ยาชา <input type="checkbox"/> ยาชา <input type="checkbox"/> คลื่นสั่น/ตัว <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> เสือริช ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะบ้า	

## 4. ภัยมุขที่ต้องดูแลในเบื้องต้น (โดยหัวหน้าพนักงานและผู้อำนวยการห้องฉุกเฉินฯ)

นำส่งที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ๒๕๖๓/๑๐๖ เวลา ๑๒.๙๖ <input type="checkbox"/> รถเข้า <input type="checkbox"/> รถออก	
เหตุผล <input type="checkbox"/> เทพบุตร/ลามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> มีพากเพียบ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> เป็นความประசร์(เมืองไก่ไม่มากกว่า ๑ ชีวิต)	
ผู้สูงอายุป่วย <input type="checkbox"/> ๒๕๖๓/๑๐๖ รหัส _____	

## 5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้โรงพยาบาลที่รับคุณภาพ)

HN ๒๕๖๓/๑๐๖ การรับใช้ต่อไป	
ระดับการตัดสินใจ(ER Triage) <input type="checkbox"/> แสดงวิกฤต L1,L2 <input type="checkbox"/> เสื่อมสัมภ์ล้ม L3 <input type="checkbox"/> เสื่อมบุคคลทางจิต L4 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก L5 <input type="checkbox"/> ล้า (ล้าสั่งการสภากาชาดครูเดิน) ไม่ได้รับการรับรอง	
หายใจดี <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ทำแผลด้วยยาเสพติด <input type="checkbox"/> ทำแผลไม่ด้วยยาเสพติด รวมๆ	
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ทำแผลด้วยยาเสพติด <input type="checkbox"/> ทำแผลไม่ด้วยยาเสพติด รวมๆ	
การดามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ทำแผลด้วยยาเสพติด <input type="checkbox"/> ทำแผลไม่ด้วยยาเสพติด รวมๆ	
ช่องผ่านเส้น <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> สำแดง <input type="checkbox"/> นาฬิก <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ	

## 6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่แพทย์ (ติดตามในบันทึกพื้นที่)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ทุกนาที <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่บ้าน <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรถ <input type="checkbox"/> เมียชีวิตใน รถ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาหนีกฟื้น <input type="checkbox"/> ก้อนใบปาดเจ็บบ้าน <input type="checkbox"/> ทราบแล้วไม่ทราบผล	

04-11-2564

1. หน่วยปฏิบัติการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานประจำปีปฏิบัติการครุภัณฑ์เชิงพื้นที่ (EMI)  
ลำดับผู้ป่วย(CN).....

ชื่อ นางสาวกิตติ์ ชุขกระเด่อง

HN 0207247

01/01/27 ปี 11 (เดือน)

CID 3420100450394



ชื่อหน่วยปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล

3.

ผลการปฏิบัติงาน

ไม่พบเหตุ

พบเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ

เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันศักราช	เวลา	วันเดือน	วันศักราช	เวลา	วันเดือน
เวลา (น.)	12:00	15/09	10:00	12:00	15/09	10:00	15/09
รวมเวลา (นาที)							
เส้น กม.	125667			44868			120012
ระยะทาง (กม.)							

3. ผู้เขียนบันทึก

ผู้เขียนบันทึก	นาย 34 ปี เผ่า ชาย หญิง	หมายเหตุ	ประวัติเจ็บป่วย
<input type="checkbox"/> ตนไม่ใช่ แพทย์/พยาบาล/Emergency (หรือพนักงาน)	<input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาลหัวหน้าทีม		
<input type="checkbox"/> ขาดจากงาน	เจ้าหน้าที่เดินทาง		
<input type="checkbox"/> ลักษณะเจ็บปวด			
ลักษณะเจ็บปวด			
อาการเจ็บปวด			
ความรู้สึกตัว			
การหายใจ			
บาดแผล			
กระดูกมีครุณ			
ด้วยร้าว	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หน้า <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ลิ้นจี่/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/臆腺/ร้าว <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> ที่เข้ากลาง <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ด้านหลัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back		
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> เป็นภัยคุกคาม <input type="checkbox"/> หายใจไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> หายใจหายใจลำบาก		
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก		
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก		
ไข้พิษตืบซึม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ตืบซึม <input type="checkbox"/> ไข้ตืบซึมตืบซึม <input type="checkbox"/> ไข้ตืบซึมตืบซึม		
ผลการตรวจทางชีววิทยา	<input type="checkbox"/> ไม่มีผลให้ร้าย <input type="checkbox"/> ร้าย <input type="checkbox"/> ผลเต็ม <input type="checkbox"/> ทุกอย่าง <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ผลลบ		

4. ഗ.pm.ที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมแพทย์/ผู้อำนวยการหน่วยงานของศูนย์ฯ)

นำส่งโรงพยาบาล	โรงพยาบาล	เวลา	รถ สี	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> ทางเดียว/สามารถรักษายังได้	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> มีลักษณะอันตราย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เป็นความประทัย (เมื่อก่อนไม่มีอาการร้าว 1 ชั่วโมง)			
ผู้สูงอายุ				

5. การประเมินรับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย)

HN	การรับปัจจัยโรค
ระดับการตัดแยก(ER Triage)	<input type="checkbox"/> แผนกวิกฤติ L1, L2 <input type="checkbox"/> เนื้อ腔เวทนา L3 <input type="checkbox"/> เส้นประสาท L4 <input type="checkbox"/> ราชพื้นที่ L5 <input type="checkbox"/> สำเริงสืบสานและรักษาไว้ในชีวิตปัจจุบัน
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ชื่อผู้รับผิดชอบ	<input type="checkbox"/> สำเริงสืบสานและรักษาไว้ในชีวิตปัจจุบัน <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ห้องฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุกما <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่รักษา <input type="checkbox"/> ยังรักษาไม่รักษา <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยรักษา/หนีบลับ <input type="checkbox"/> กลับไปพยาบาลบ้าน <input type="checkbox"/> ความดันไม่ทราบผล	

**สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**  
**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน**

**1. หน่วยบริการ**

ชื่อหน่วยบริการ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	วันที่	5/11/60	เลขที่ผู้ป่วย	...
เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ	1. นพสส. 2. นพสส.	รหัส	2. 10000000	ปฏิบัติการที่	...
ผลการประเมินพิจารณา	□ ไม่พบเหตุ □ พบเหตุ ส่วนที่เกิดเหตุ	รหัส	4.	รหัส	...
หมายเหตุ					

**2. ข้อมูลเวลา**

	รับฟัง	สืบการ	ออกจากฐาน	มีที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	มีฐาน
1000 (น.)	1053 น.	11 น.	1036 น.	1010 น.	1010 น.	1053 น.	1053 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =			นาที		นาที	
เดินทาง	1037 ว.			1037 ว.		1037 ว.	1037 ว.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป		กม.		ระยะทางกลับ		กม.
			ระยะในรพ.		ระยะทางกลับ		กม.

**3. ข้อมูลผู้ป่วย**

ชื่อผู้ป่วย	...	อายุ	11	เพศ	ชาย	□ ชาย	□ หญิง
ลักษณะรักษา	□ ไม่มีพักรักษา <input checked="" type="checkbox"/> น้ำท้อง <input checked="" type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input checked="" type="checkbox"/> หอบหืด	□ ประคบรักษา	□ ประคบรักษาอ่อนโยน	□ ประคบรักษาด้วยหัวใจ	...	...	...
	□ ประคบรักษาอ่อนโยน	□ หายใจลำบาก <input checked="" type="checkbox"/> หอบหืด	...	...	...	...	...

**สภาวะผู้ป่วย**

ประกายตาผู้ป่วย	□ งอเหล็บ/อุบัติเหตุ	□ ปัสสาวะอ่อนเพลีย	□ หายใจลำบาก	□ หอบหืด	□ หายใจลำบาก	...
ความรู้สึกตัว	□ รู้สึกดี	□ ซึม	□ หมดสติปุ๊กชื้น	□ หมดสติปุ๊กไม่ดี	□ หมดสติปุ๊กไม่ดี	...
การหายใจ	□ ปกติ	□ เร็ว	□ ช้า	□ ไม่เข้า-even	□ ไม่หายใจ	...
น้ำเสียง	□ ไม่มีน้ำเสียง	□ แผลงเสียง	□ มีกحة/ตื้อ	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	...
กระอุกหัก	□ ไม่มีกระอุกหัก	□ ข้อเคลื่อน	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	...
	□ ไม่มีกระอุกหัก	□ ข้อเคลื่อน	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	...
	□ ข้อเคลื่อน	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	...
	...	...	...	...	...	...

**การช่วยเหลือ**

การเต้นหัวใจ/การหายใจ	□ ไม่	□ เปิดทางเดินหายใจ	□ ให้ Oral airway	□ ให้ O <sub>2</sub> canula/mask	□ Ambu bag	□ Pocket Mask
ยาและพัสดุ	□ ไม่	□ การกดหัวใจเสือด	□ ยาเม็ด			
การดูแลกระดูก	□ ไม่	□ ฝีอกลม/น้ำแคม	□ ฝีอกลมพอดและกระดานรองหัวใจ		□ ฝีอกลมและกระดานรองหัวใจ	
ช่วยฟันดินธิ	□ ไม่ได้ทำ	□ ทำ	□ เครื่องกระดูกหัวใจ (AED)			
ผลการคุณลักษณะเชิงลับ	□ ไม่สอนให้วิชา	□ ยา	□ ยาเดินทาง	□ เม็ดซีอิจ ณ จุดเกิดเหตุ	□ เม็ดซีอิจ ณ ระยะห่าง	

**4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าพื้นที่และผู้อำนวยการพื้นที่)**

นำส่งที่อุบัติเหตุโรงพยาบาล	...	...	...	...	...
			...	...	...
...	...	...	...	...	...

**5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลหรือศูนย์แพทย์)**

HN. 0900464	การรับมือข้อไข้	...	ระดับความรุนแรง	□ Non Urgent	□ Urgent	□ Emergent
การเต้นหัวใจ	□ ไม่ได้เป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ หัวใจเต้นเร็ว/ชล่ม	□ หัวใจไม่เต้น/ชล่ม ระบุ		
การหัวใจเสือด	□ ไม่ได้เป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ หัวใจเต้นเร็ว/ชล่ม	หัวใจไม่เต้น/ชล่ม ระบุ		
การดูแลกระดูก	□ ไม่ได้เป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ หัวใจเต้นเร็ว/ชล่ม	หัวใจไม่เต้น/ชล่ม ระบุ		
ที่อยู่ประจำบ้าน	...	...	...	...	...	...

**6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามอาการหลังเมื่อถูกปะ Palestok ไปโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันที่ถูกเมื่อถูกเมื่อ)**

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	□ นอน	□ ตรวจสอบที่ห้องอุบัติเหตุแล้วกลับบ้าน		
ระยะเวลาการรักษาใน วพ.	วัน	...	...	...
		...	...	...
		...	...	...

สืบเน้นบันทึกมาเบิกบินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป



## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

## 1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการ 1	รหัส 2	รหัส _____
2	รหัส 3	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ _____	เหตุการณ์ _____

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันคืนเดือน ปฏิบัติการคราว	ออก稼กฐาน	ถึงที่นัดพบครั้ง	ออกจากที่เกิดเหตุ	มีเวลา	มีฐาน
เวลา (น.)	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = .....นาที				นาที	นาที	นาที
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป _____ กม.				ระยะทางกลับ _____ กม.	ระยะทาง _____ กม.	ระยะทาง _____ กม.

## 3. ลักษณะป่วย

ค่าน้ำเสียที่อยู่บ่าบะ	อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เพศหญิง _____ ปี	ประวัติเด็ก _____	ประวัติเด็ก _____	
<input type="checkbox"/> ค่าน้ำเสีย เนื่องจากประชาน (ปรับตัวไม่ต่อตัว)	<input type="checkbox"/> แมลงสาบค่าวัว	<input type="checkbox"/> ไข้สูงติดต่อทางเพศ	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	
<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	เลขที่บ้านที่อยู่เดิมท่อง	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ	
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> บังคับห้อง <input type="checkbox"/> ข้ามราชธานี <input type="checkbox"/> ประจำตัว <input type="checkbox"/> แรงกระตุ้นตัวร้ายหัวใจบีบ <input type="checkbox"/> ไม่มีลักษณะรักษา	ประวัติเด็ก _____ หายไปอย่างรวดเร็ว <input type="checkbox"/>				
อาการที่ป่วย					
ประ再多อยู่บ้าน <input type="checkbox"/> บาดเจ็บที่บ้านเดิม <input type="checkbox"/> บาดเจ็บภายนอก	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ				
ความรู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ				
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ				<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> แผลร้าว	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ				<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ
ภาวะอุกฤษ្សรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ				<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ในท้อง <input type="checkbox"/> ลิ้นจี่/น้ำดี <input type="checkbox"/> หลักท่อน/ให้เลือด <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> เวลา <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> Multiple injury back					<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ
อาการเจ็บปวด					<input type="checkbox"/> ไข้ติดต่อทางเพศ
หายเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> จิตใจดีบ้า <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี				<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
การห้ามเดือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี				<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
การห้ามกระซูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี				<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
ช่วงสิบสิบปีที่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี				<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
และการรู้และรักษาสัตว์ <input type="checkbox"/> ไม่ชอบสัตว์ <input type="checkbox"/> ไม่ชอบสัตว์ <input type="checkbox"/> ไม่ชอบสัตว์ <input type="checkbox"/> ไม่ชอบสัตว์					<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี

## 4. ภาระที่การสืบสืบที่อาจมีประโยชน์ (ให้ระบุหน้าที่และลักษณะการเดินยานพาหนะดูดู)

นำส่งที่สถานที่ดูแลเบื้องต้น <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> สถาบันอนามัย <input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย <input type="checkbox"/> แพทย์แผนจีน <input type="checkbox"/> แพทย์แผนพื้นเมือง <input type="checkbox"/> แพทย์แผนพื้นเมือง <input type="checkbox"/> แพทย์แผนพื้นเมือง <input type="checkbox"/> แพทย์แผนพื้นเมือง	เวลา _____	สภาพ _____	สภาพ _____
หนาผื่น <input type="checkbox"/> เช่นเดียวกัน <input type="checkbox"/> ต่างกัน <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก	<input type="checkbox"/> ต่างกัน <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก	<input type="checkbox"/> ต่างกัน <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก	<input type="checkbox"/> ต่างกัน <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก <input type="checkbox"/> ต่างกันมาก
ผู้สูญเสียชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱	<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱	<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱	<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱 <input type="checkbox"/> หายใจ微弱

## 5. การประเมินรั้งรอดการนำส่ง (ให้แนบท้าย ยกเว้นกรณีที่รับดูแลต่อ)

H/H	การวินิจฉัยโรค
ระหว่างการดูแลเบื้องต้น(ER Triage) <input type="checkbox"/> ไม่พบวิกฤต L1,L2 <input type="checkbox"/> เผชิญอันตราย L3 <input type="checkbox"/> เสี่ยงไปสูญเสียชีวิต <input type="checkbox"/> บาดเจ็บดีไม่ต่อตัว <input type="checkbox"/> บาดเจ็บดีต่อตัว	ในวินิจฉัยเบื้องต้น
หายเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี	หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
การห้ามเดือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
การห้ามกระซูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี
ชื่อยานพาหนะ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี	หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่ยา ( ให้ความสนใจที่เดินทาง)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อฟื้นฟื้น <input type="checkbox"/> ยั่วยวน <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> หายใจดี

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานประจำปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล 1	รหัส 2	รหัส
3.	รหัส 4	รหัส
หมายเหตุ	ไม่มีเหตุ	พยาบาล
สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์	

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือนปี	วันศักราช	ระยะเวลา	เดือนปี	วันเดือนปี	เวลา	เดือนปี
เวลา (น.)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
รวมเวลา (นาที)	Response time = .....	นาที			นาที		นาที
เลข กม.	.....	.....		.....	.....	.....	.....
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป	กม.		ระยะทางที่ดำเนิน	กม.	ระยะทางไป	กม.

## 3. ผู้เข้ารับการรักษา

คำนำหน้าที่ผู้ป่วย	ชาย <input type="checkbox"/> ปี เด็ก <input type="checkbox"/> ราย <input type="checkbox"/> หญิง	นางสาว <input type="checkbox"/> มีบุตร <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> คนไข้ เมรัยเด็กประจำาน (ปรับเปลี่ยน) _____	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> บ้านเด็ก
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประจำเดือน _____ เลขที่บ้าน สืบสืบเดือน _____	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว
ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> ผู้ต้องหา <input type="checkbox"/> ผู้ต้องการ <input type="checkbox"/> ประวัติเสียหาย <input type="checkbox"/> แรงงานคนตัวร้ายที่เคยเสียหาย <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> บ้านเด็กเด็ก <input type="checkbox"/> ห้องเรียนเด็ก <input type="checkbox"/> ห้องเรียนเด็ก <input type="checkbox"/> ห้องเรียนเด็ก <input type="checkbox"/> ห้องเรียนเด็ก
อาการผู้ป่วย		
ประสาททั้งหมด <input type="checkbox"/> ปวดทั่ว��/ถูกใจเหตุ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <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 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> บีบตัว / ตื้ด <input type="checkbox"/> แผลตื้ด <input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> แผลตื้ด <input type="checkbox"/> แผลตื้ด <input type="checkbox"/> แผลตื้ด <input type="checkbox"/> แผลตื้ด	<input type="checkbox"/> แผลตื้ด	<input type="checkbox"/> แผลตื้ด
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป	<input type="checkbox"/> ผิดรูป	<input type="checkbox"/> ผิดรูป
การเคลื่อนไหว		
หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องทึบศีบซีด <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ผลกระทบและภัยจากที่นอน <input type="checkbox"/> ไม่พบไฟฟ้า <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ	<input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ	<input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดับ

## 4. เหตุที่การตัดสินใจรักษาเบื้องต้น (โดยท้าวหน้าที่รุ่งและผู้อำนวยการศูนย์ขออนุญาต)

บาร์เซอร์ดูดกลืนไฟฟ้าบาดเจ็บ	เวลา ..... <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ทราบ
เหตุผล <input type="checkbox"/> แพทย์ทราบการรักษาได้ <input type="checkbox"/> อายุไม่ได้ <input type="checkbox"/> เป็นลูกประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยคง <input type="checkbox"/> เป็นค่าบุคคลอื่น (เด็กได้เล่นก่อวัวร่าง)	<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ทราบ
สูญเสียชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจ

5. การประเมินวันรับการรักษา (**โดยแพทย์ พยาบาล ประจำจ้าวโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ**)

HN ..... การวินิจฉัยโรค					
มาตรฐานการตัดสินใจ(ER Triage) <input type="checkbox"/> แมลงวินาศ <input type="checkbox"/> ลม <input type="checkbox"/> ลมตื้น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก					
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก					
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก					
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก					
ช่องทึบศีบซีด <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	ดีมาก <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พยายาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/>	ดีมาก <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พยายาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/>	ดีมาก <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พยายาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/>	ดีมาก <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พยายาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/>	ดีมาก <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พยายาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/>

## 6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (เดือนในวันเดือนเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อสืบ <input type="checkbox"/> รักษาใน院 <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน院 <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปรักษาบ้าน <input type="checkbox"/> ความดีใจในทราบผล
---	--

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ชื่อพนักงานที่รับผิดชอบ
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1	เวลา	รหัส
2.	เวลา	รหัส
3.	เวลา	รหัส
สถานการณ์	สถานที่เกิดเหตุ	
ผลการปฏิบัติงาน	เวลา	
□ ไม่พบเหตุ	□ พบเหตุ	เหตุการณ์

## 2. ข้อมูลเวลา

	เริ่มเข้มข้น	วันค่าสืบออก นับตั้งแต่วันการ	ระยะเวลา	เดือนที่เกิดเหตุ	ระยะเวลาที่เกิดเหตุ	เดือน	เดือน	
เวลา (น.)	10:00 น.	น.	10:22 น.	10:13 น.	10:00 น.	10:13 น.	10:00 น.	
รวมเวลา (นาที)						นาที	นาที	
เวลา กม.	100-199		102-195			100-199	100-199	
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป	กม.			ระยะทางจากที่	กม.	ระยะทางที่ไป	กม.

## 3. ผู้เดินทาง

ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้	80% <input checked="" type="checkbox"/> ปี เดือน <input type="checkbox"/> ราย <input type="checkbox"/> รายวัน	จำนวนเงินที่ได้รับ
<input type="checkbox"/> กินเหล้า เมาส์สัมภาระ (ปรับเป็นformat)	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถดำเนินการ	จำนวนเงินที่ได้รับ
<input type="checkbox"/> ขาดค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด	รายการที่ยอมรับได้	จำนวนเงินที่ได้รับ
สำหรับการรักษา <input type="checkbox"/> ยานารถ <input type="checkbox"/> ช่างรากฟัน <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา <input type="checkbox"/> ประวัติยา <input type="checkbox"/> ประวัติห้อง <input type="checkbox"/> ประวัติการทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่มีแพทย์รักษา		
หมายเหตุ		
ประเมินผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ปัจจัยภายนอก	
ความรู้สึกด้วย	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกดีมาก	<input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แมลงสาบ <input type="checkbox"/> จึงคาดว่าดี / ดีมาก	<input type="checkbox"/> แผลซึ้ง <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลตื้นมาก
การถูกดึงดูด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ดึงดูด	<input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/ศีรษะ <input type="checkbox"/> ในหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/ขาตัว <input type="checkbox"/> หน้าอก/หน้าอก <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> เท้า/เท้า <input type="checkbox"/> แขน/แขน <input type="checkbox"/> ขา/ขา <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> Multiple Injury back	
อาการร้ายแรง		
พยาบาลดูแล	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูแล <input type="checkbox"/> จึงดูแลดี <input type="checkbox"/> เชิงพยาบาลดี <input type="checkbox"/> หายดีด้วยปากกา	
การรักษาเมือด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูแล <input type="checkbox"/> การกลับหัวเมือด	<input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
การรักษากระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูแล <input type="checkbox"/> ดึงดูด/มีความรุนแรง	<input type="checkbox"/> หายดีด้วยยา <input type="checkbox"/> หายดีด้วยยาและรักษา
ช่องทึบหูน้ำเข้า	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูแล <input type="checkbox"/> หายดี	
ผลกระทบทางกายภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับผลกระทบ <input type="checkbox"/> รับผลกระทบ <input type="checkbox"/> รับผลกระทบมาก	
ผู้เดินทาง	<input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ต้องสงสัย <input type="checkbox"/> เป็นคนต่างด้าว ( <input type="checkbox"/> ไทยได้มากกว่า 1 ชีวิต)	
ผู้เดินทาง	จำนวน	

## 4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยทั่วไปน้ำเสียงและ/or การเดินทางของผู้เดินทาง)

น้ำเสียงหรือถูกใจเสียง	เวลา	<input type="checkbox"/> ราตรี <input type="checkbox"/> กลางคืน
เดินทาง <input type="checkbox"/> ทางถนน/ทางการเดินทางน้ำดี	<input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องไปไกล <input type="checkbox"/> เป็นผู้ต้องสงสัย <input type="checkbox"/> เป็นคนต่างด้าว ( <input type="checkbox"/> ไทยได้มากกว่า 1 ชีวิต)	
ผู้เดินทาง	จำนวน	

## 5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำในโรงพยาบาลที่รับผู้เดินทาง)

HN	การรับผิดชอบโรค
ระดับการตัดแยก(ER Triage)	<input type="checkbox"/> แดงสีส้ม <input type="checkbox"/> เหลืองสีเขียว <input type="checkbox"/> ฟ้า <input type="checkbox"/> ขาว <input type="checkbox"/> ดำ ( <input type="checkbox"/> ใช้สีการคาดคะเนอยู่ที่ในใจผู้ป่วย)
อาการหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
การหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก
ช่องทึบหูน้ำเข้า	จำนวน <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> พอๆ กัน <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> หายดี

## 6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ลักษณะดีหรือ <input type="checkbox"/> ลักษณะไม่ดี <input type="checkbox"/> เดินลากขาในรถ <input type="checkbox"/> เดินช้าในรถ <input type="checkbox"/> บกพร่องการรักษา/หนีกับบิน <input type="checkbox"/> กลับไปบ้าน <input type="checkbox"/> ตามมือไม่ไปบ้าน

## แบบบันทึกการปฐมพยาบาลหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำดับผู้ป่วย(CN) \_\_\_\_\_

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ชื่อผู้ปฏิบัติการ
เจ้าหน้าที่รับบริการ	วันที่ 1 วันที่ 2	วันที่ 3 วันที่ 4
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ทราบ สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

## 2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออก ปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	เดินทางกลับเหตุ	ออกรถกิ่งกือเหตุ	เข้ารถ	ถึงสถาน
เวลา (น.)	07:00 น.	07:15 น.	07:30 น.	07:45 น.	07:55 น.	08:00 น.	08:15 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที				นาที	นาที	นาที
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป _____ กม.				ระยะทางไป _____ กม.	ระยะทางกลับคืน _____ กม.	ระยะทาง _____ กม.

## 3. ผู้เข้ารับการรักษา

ค่าน้ำหนักตื่นที่อยู่บ้าน	อายุ _____ ปี เนต _____ ราย <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ประจำบ้านเดิม <input type="checkbox"/> ไม่เดิม
<input type="checkbox"/> คนไข้ เมียบัตรประชาราษฎร (ปรับเป็นภาษาไทย)	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุเด็ก ประมาณ _____ ปี	<input type="checkbox"/> ประจำบ้านเดิมเดิม
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประมูล _____ นาทีที่เก็บตัวเรียนเด็ก	<input type="checkbox"/> ประจำบ้านเดิมเดิม	<input type="checkbox"/> ประจำบ้านเดิมเดิม
ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ห้องห้อง <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยราชการ <input type="checkbox"/> ปะเก็นหัวใจ <input type="checkbox"/> รวมรายงานตัวผู้รักษา <input type="checkbox"/> ไม่มีลักษณะการรักษา	ประจำบ้านเดิมเดิม <input type="checkbox"/> ประจำบ้านเดิมเดิม	

## อาการผู้ป่วย

ประวัติผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยอุบัติเดิน	<input type="checkbox"/> ความรู้สึกแล้ว <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก
<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> เสียงหายใจ弱 <input type="checkbox"/> เสียงหายใจแรง
<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 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

อาการ  ศีรษะ/คอ  ใบหน้า  ลำไส้/ท้อง  หน้าอกร/ใบปลิวตา  ช่องท้อง  เอี้ยวขา  Extremities  มือเท้า  Multiple injury back

## การช่วยเหลือ

หายใจหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocketmask)	<input type="checkbox"/> การหายใจเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก

อาการอุดตันรากลมชั้นเดียว  ไม่อุดตันรากลมชั้นเดียว  หูอุดตัน  คลื่นหัวใจ  หัวใจบั่น  หัวใจบั่น  หัวใจบั่น

## 4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยอ้างหน้าเข้มแข็ง/ผู้นำการพัฒนาชุมชนบ้านท่า)

นำส่งท้องอุดตันรากลมชั้นเดียว <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น	<input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น
หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น/หัวใจเด็กที่ไม่ได้ <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น	<input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น
หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น	<input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น <input type="checkbox"/> หัวใจบั่น

## 5. การประเมิน/วิเคราะห์การนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำร้านอาหารที่รับภัยเดือด)

HN _____ การวินิจฉัยโรค _____	<input type="checkbox"/> ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แสดงวิกฤต(L1, L2) <input type="checkbox"/> เพื่อชีวิต(L3) <input type="checkbox"/> เชิญไว้ในรถ(L4) <input type="checkbox"/> หายใจไม่ได้(S) <input type="checkbox"/> สา (สินค้าการสาธารณสุขชั้นนำในเมืองเชียงใหม่)
หายใจหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากเด็ก

## 6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดวันต่อไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> รุฟ้า <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> อัพรักษาในรา <input type="checkbox"/> เสียชีวิตในรา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หีบสับ <input type="checkbox"/> กลับไปรักษาบ้าน <input type="checkbox"/> ด้านล่างไม่รับการรักษา
---	--

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฐมพยาบาลอุบัติเหตุ (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

## 1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

48/16

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	บัญชีการที่
เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ	รหัส 2	รหัส
3.	รหัส 4	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือนปี	วันเดือนปีของ นักเรียนก่อเหตุ	เดือนปี	วันเดือนปีเหตุ	เดือนปีก่อเหตุ	วันเดือนปี	เดือนปี
เวลา (น.)	14:00	14:00	ปี	14:00	ปี	ปี	ปี
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที				นาที		นาที
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป _____ กม.				ระยะทางกลับ _____ กม.		ระยะทางกลับ _____ กม.

## 3. ผู้เข้ามาป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	นามสกุล	ชื่อ	สีผิว	□ ขาว	□ 黑	□ แดง	□ เหลือง	หมายเหตุชื่อ	
<input type="checkbox"/> คนไทย	เอกสารประจำตัว (บัตร์ID)			<input type="checkbox"/> บรรยายค่าตัว				ประวัติชื่อ	
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว	บัตร์ประจำตัว	เลขที่บัตร์ถือตัวต่อ		<input type="checkbox"/>				ประวัติชื่อ	
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ได้รับการรักษา <input type="checkbox"/> ระหว่างสัมภาระ <input type="checkbox"/> แพร่ระบาดตัววันเดียว <input type="checkbox"/> ในประเทศ								ประวัติชื่อ	
อาการที่บ่งชี้								หมายเหตุชื่อ	
ประ掏หูป่วย	<input type="checkbox"/> น้ำตก耳/อุจจาระ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ							
ความรู้สึกดี	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> หลบเลี่ยงภัยลึกลับ	<input type="checkbox"/> หลบเลี่ยงภัยในเด็น	<input type="checkbox"/>			เมื่อต้องร้าว	
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ช้า	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/>				
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> ลิ้นชาดี/ดีด	<input type="checkbox"/> แผลมาก	<input type="checkbox"/> แผลใหญ่	<input type="checkbox"/> ลูกวัว	<input type="checkbox"/> ลูกหนอง	หายใจลำบาก	
กระซอกมีครุภัย	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีครุภัย							กระซอกมีครุภัย
อาการด้านหลัง								หมายเหตุชื่อ	
ด้านขวา	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว	<input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว	<input type="checkbox"/> หน้าอก/ท้องล่าง	<input type="checkbox"/> ช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ศีรษะหัว	<input type="checkbox"/> Extremities	ศีรษะ	
<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> หน้าอก/ท้องล่าง <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> ศีรษะหัว <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> Multiple injury back								หมายเหตุชื่อ	
การช่วยเหลือ								หมายเหตุชื่อ	
พาดเพินหนาอย่าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> จึงหายดี	<input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocketmask)	<input type="checkbox"/>				
การได้รับเสียด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> การกดหัวแม่เหล็ก	<input type="checkbox"/> ฟันเฟือง	<input type="checkbox"/>					
การตาม dõiครุภัย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> เมือกน้ำ/เมือกแมลง	<input type="checkbox"/> เมือกแมลง	<input type="checkbox"/>				เมือกแมลงและอาการคายน้ำหรือแมลงสาบ	
ช่วยเพื่อเดินขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ช่วย	<input type="checkbox"/>						
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น								หมายเหตุชื่อ	
<input type="checkbox"/> ไม่ตอบให้รักษา <input type="checkbox"/> ทุกษา <input type="checkbox"/> คงเดิม/หัวใจ <input type="checkbox"/> รากดูดัน <input type="checkbox"/> เนื้อร้า <input type="checkbox"/> ลูกน้ำเงี้ยด <input type="checkbox"/> น้ำดีชีวิตดี								หมายเหตุชื่อ	

## 4. หมายเหตุการตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยทั่วไปที่ต้องมี/ห้ามการเดินทางไกลคุณครัว)

นำส่งหรือจุดอุบัติเหตุ	เวลา	วันที่	หมายเหตุชื่อ
<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่า <input type="checkbox"/> เนื้อเยื่า/สารอาหารรักษาได้	<input type="checkbox"/> อายุน้อย <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการดี <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเด็ก <input type="checkbox"/> เป็นความประพฤติ (เด็กที่ไม่สามารถดูแลตัวเอง)		หมายเหตุชื่อ
ผู้รับประทาน	วันที่		

## 5. การประเมิน/ปรับลดการนำเสนอ (โดยแพทย์ พยาบาล ประชาร้ารือพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN	การวินิจฉัยโรค
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทยิกุญแจ L1, L2 <input type="checkbox"/> เทศกาลน้ำตก L3 <input type="checkbox"/> เหตุไม่สงบ L4 <input type="checkbox"/> ขาวเข้าไว้เป็น L5 <input type="checkbox"/> คำ (รับสิ่งของทางเดินหายใจที่ไม่ใช่ปอด)	
หายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจดี
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจดี
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจดี
ชื่อผู้ประเมิน	พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อายุ _____

## 6. ผลการรักษาที่/ไม่送往โรงพยาบาล (ต้องมีในวันเดินทาง)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุกษา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่รักษา <input type="checkbox"/> ยังรักษาไม่รักษา <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน ราช <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีรักษา <input type="checkbox"/> กลับไปประเทศไทย <input type="checkbox"/> ภายนอกประเทศไทย

## แบบบันทึกการปฐมพิจารณาหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำนักผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย .....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	น้ำหนักการรักษา
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1	วันที่ 2	วันที่ _____
3.	วันที่ 4	วันที่ _____
ผลการปฐมพิจารณ	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ อาการที่สำคัญ
	เหตุการณ์	

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	วันที่เข้าออก นิติบัตรการรักษา	ออกจากฐาน	เข้าห้องน้ำ	ออกจากห้องน้ำ	เดิน	เดิน	
เวลา (น.)	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	
รวมเวลา (นาที)	Response time =	นาที			นาที	นาที	นาที	
เดิน กม.	กม.				กม.	กม.	กม.	
รวมเวลา (กม.)	รวมระยะทางเดิน	กม.			รวมเวลา ลาก่อน	กม.	รวมเวลา ลาก่อน	กม.

## 3. ผู้ป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	ชื่อ _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	ประวัติเดินทาง	<input type="checkbox"/> มาจาก สถานที่ _____ ประเภท _____ ประเทศ _____ สถานที่เดินทาง _____	
<input type="checkbox"/> คนไข้ พลางคาวบอยชาวไทย (ปรับเปลี่ยน) _____	<input type="checkbox"/> ภาระงานเพลิงดับไฟ	<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว _____ ประเทศ _____	
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ชาวต่างด้าว _____	มาชี้ที่บ้านเดินทาง	<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวเดินทาง _____	<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวเดินทาง _____	
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> บุตรหลาน <input type="checkbox"/> ผู้ราชการ <input type="checkbox"/> ประจำบ้าน <input type="checkbox"/> แพร่ระบาด <input type="checkbox"/> ตัวเอง <input type="checkbox"/> ไม่มีลักษณะเป็น _____	อาการผู้ป่วย			
ประ再多ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บด้วยเดินทาง <input type="checkbox"/> ถ่ายถุงมือ				
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ชุ่ม <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก			<input type="checkbox"/> เม็ดเลือดขาว
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากในเด็ก			<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แสดงออก <input type="checkbox"/> บีบตัว / ลาก <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลลึก <input type="checkbox"/> ลูกปืน <input type="checkbox"/> ลูกแมลง <input type="checkbox"/> ลักษณะเดียวเดียว <input type="checkbox"/> ลักษณะเดียวเดียว	<input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลลึก <input type="checkbox"/> ลูกปืน <input type="checkbox"/> ลูกแมลง <input type="checkbox"/> ลักษณะเดียวเดียว			<input type="checkbox"/> ลักษณะเดียวเดียว
การถูกตีดับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ลูกปืน				<input type="checkbox"/> ลักษณะเดียวเดียว
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ในบelly <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ/ท้อง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ท้องล่าง <input type="checkbox"/> กระดูกซี่โครง <input type="checkbox"/> เอวท้อง <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back				
อาการเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก(Pocket mask)			<input type="checkbox"/>
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก			<input type="checkbox"/>
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก			<input type="checkbox"/>
ช่วงเดินเดินปี๊ด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หัวใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก			<input type="checkbox"/>
ผลการถูกดูแลรักษาเดินเดิน <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> นอนเดิน <input type="checkbox"/> หัวใจเดิน <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ดูแลเดินเดิน <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเดินเดิน				

## 4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าพิจารณาและท่านการเดินทางเดินทางต่อไป)

นำส่งที่ดูแลเดินเดินโรงพยาบาล	เวลา _____	<input type="checkbox"/> รถ สี _____	<input type="checkbox"/> รถสองล้อ
ผลเดิน <input type="checkbox"/> นำเสนอคน/ตามการรักษาเดินเดิน <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีลักษณะเป็น <input type="checkbox"/> เส้นผ่าวนเดินเดิน <input type="checkbox"/> เป็นความประทับใจ (เส้นก่อให้เกิดการเดินเดิน)			
ผู้รับประทาน _____	เวลา _____		

## 5. การประเมิน/วินิจฉัยการน้ำส่อง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำจ้าโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อ)

HN _____	การวินิจฉัยโรค
รหัสการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์เด็ก L1,L2 <input type="checkbox"/> แพทย์เด็กเด็ก L3 <input type="checkbox"/> เด็กในอุบัติเหตุ L4 <input type="checkbox"/> แพทย์เด็กเด็ก L5 <input type="checkbox"/> ล่า (ระบบวิเคราะห์ความฉุกเฉินในโรงพยาบาล)	
หายเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายเดินหายใจ	
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายเดินหายใจ	
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายเดินหายใจ	
ชีวิตประคับคาย <input type="checkbox"/> หายเดินหายใจ	

## 6. ผลการรักษาที่ไม่โรงพยาบาล (ติดตามในวันเดินเดิน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีบ้าน <input type="checkbox"/> กดตัวไปโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามแล้ววันก่อนมา

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR)-จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	นักปฏิบัติการ
สำหรับน้ำที่สูญเสียบริการ	วันที่ 2	รหัส _____
3.	วันที่ 4	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ _____
	เหตุการณ์ _____	

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	วันดำเนินการ	ระยะทางฐาน	วันที่เกิดเหตุ	ระยะทางที่เกิดเหตุ	เวลาร.	มีฐาน
เวลา (น.)	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที				นาที	นาที	
เวลา กม.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ใช้ _____ กม.				ระยะทางเดินทาง _____ กม.	ระยะทางที่ใช้ _____ กม.	ระยะทางที่ใช้ _____ กม.

3. ผู้เข้าป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	อายุ _____ ปี เด็ก <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	แพทย์ชื่อ _____	ชื่อสกุล _____
<input type="checkbox"/> คนไทย เสื้อผ้าชาวบ้าน (ปรับเป็น format)	<input type="checkbox"/> ผู้รายงานค่าผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประวัติสืบทอด	<input type="checkbox"/> ผู้รายงานตัวอื่น
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประจำเมือง _____	แพทย์ที่รับผิดชอบเดินทาง _____	<input type="checkbox"/> ผู้ช่วยแพทย์	<input type="checkbox"/> ประวัติความชำนาญ _____
ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> บังคับอย่าง <input type="checkbox"/> ข้าวของ <input type="checkbox"/> ประจำการ <input type="checkbox"/> ประจำที่บ้าน <input type="checkbox"/> ประจำที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่มีลักษณะรักษา		แพทย์ประจำ _____	แพทย์ประจำ _____
อาการผู้ป่วย			
ประสาทสูญชา <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ปั๊บถูกยืน			
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง	หัวใจบีบอัด <input type="checkbox"/> หัวใจบีบอัดไม่ดี <input type="checkbox"/> หัวใจบีบอัดไม่ดีมาก	<input type="checkbox"/> เอชโอดี้ไซยาโนสิธ	
การหายใจ <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"/> ไข้สูง	
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 有多处伤口 <input type="checkbox"/> ขึ้นมา <input type="checkbox"/> ลงมา <input type="checkbox"/> ขึ้นไป <input type="checkbox"/> ลงมา	<input type="checkbox"/> แผลหนัก <input type="checkbox"/> แผลกลาง <input type="checkbox"/> แผลเล็ก <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลตื้น	<input type="checkbox"/> แผลตื้น	<input type="checkbox"/> แผลตื้น
กระดูกพังผืด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 有多处骨折 <input type="checkbox"/> 有多处骨折 <input type="checkbox"/> 有多处骨折 <input type="checkbox"/> 有多处骨折	<input type="checkbox"/> กระดูกพังผืด <input type="checkbox"/> กระดูกพังผืด <input type="checkbox"/> กระดูกพังผืด <input type="checkbox"/> กระดูกพังผืด	<input type="checkbox"/> กระดูกพังผืด	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> กระเพาะ/ตับ <input type="checkbox"/> ลำไส้ <input type="checkbox"/> ตับอ่อน/ท้องอืด <input type="checkbox"/> หัวใจ/หลอดเลือด <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> เท้าหอบ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back			
อาการซ่อนเร้น			
พยาบาลหอบใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	<input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	<input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <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	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	
ช่องท้องบีบอัด <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <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	
ผลการตรวจอวัยวะที่สำคัญ <input type="checkbox"/> ไม่พบไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ต่ำ <input type="checkbox"/> ไข้สูง			

4. ภาระที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมแพทย์/ผู้อำนวยการศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา _____	ราชวิถี <input type="checkbox"/>	รามคำแหง <input type="checkbox"/>
เหตุผล <input type="checkbox"/> อาการสงบ/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อายุน้อย <input type="checkbox"/> มีลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> มีน้ำผึ้งมาก <input type="checkbox"/> เป็นความประทับใจ ( <input type="checkbox"/> ต้องให้มากกว่า 1 ชั่วโมง)			
ผู้สูงอายุ _____	เวลา _____		

5. การประเมิน/รับรองการรักษา (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้ในรายงานที่รับผิดชอบ)

HN _____	การรักษาโดยไว้
ระดับการตัดสินใจ(Triage) <input type="checkbox"/> ไม่ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแลอย่างรุนแรง <input type="checkbox"/> ต้องดูแลอย่างรุนแรง <input type="checkbox"/> ต้องดูแลอย่างรุนแรง ในใบอนุญาต	
หายใจหอบใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <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 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <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 <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องท้องบีบอัด <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รั้งรากษาต่อไปอีก <input type="checkbox"/> อังรากษาในรา <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/ทนไม่ไหว <input type="checkbox"/> กลับไปพักอาศัย <input type="checkbox"/> ตามแพทย์ในโรงพยาบาล

## แบบบันทึกการปฐมพิจารณาหน้าบัญชีการดูแลเด็กแรกเกิด (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

2510  
10/21

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย .....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	น้ำหนัก	น้ำหนักเด็กที่
เจ้าหน้าที่ดูแลเด็ก	วันที่	2 月 2021	วันที่
3	วันที่	4	วันที่
ผลการปฐมพิจารณา	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	ที่อยู่บ้าน

## 2. ข้อมูลเด็ก

	รั้งน้ำนม	รับคำสั่งออก ปฏิบัติการการ	ออกจากฐาน	เด็กที่เกิดเหตุ	ออกจากการปฐมพิจารณา	วันที่	เดือน
เวลา (น.)	07:00	07:00	07:45	07:45	07:45	10.10	ก.ค.
รวมเวลา (นาที)		Response time = ..... นาที				นาที	นาที
เบช กม.	104.368		104.368		104.368	104.368	104.368
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป	กม.		ระยะทางเดิน	กม.	ระยะทางกลับ	กม.
	ระยะทางไป	กม.		ระยะทางกลับ	กม.	ระยะทางกลับ	กม.

## 3. ผู้เข้ามารับ

ค่าน้ำหน้าที่เข้ามารับ	จำนวน 69 ราย	ปี เด็ก <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	ชื่อเด็ก/ลูกสาว	ชื่อเด็กสาว/ลูกสาว
<input type="checkbox"/> คนไข้ เด็กน้อยป่วยร้าวหน้า (เด็กแรกเกิด) 9440100699787		<input type="checkbox"/>	อาการเด็กสาว	ชื่อเด็กสาว/ลูกสาว
<input type="checkbox"/> ขาวตัวชาดี ประ紧跟	เจ้าของเด็กสาว			ชื่อเด็กสาว/ลูกสาว
ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> อ่อนแรง <input type="checkbox"/> กระซิบ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				
อาการป่วย				
ประเททัยป่วย <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยด้วยเหตุ				
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ต่ำมาก <input type="checkbox"/> มากมาก				
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แต่เป็น <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> มากมาก <input type="checkbox"/> มากมาก				
การถูกตีดูกด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> มากมาก				
อาการเจ็บปวด				
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ต้องหายใจป่วย <input type="checkbox"/> เป็นลมเดินทางไกล <input type="checkbox"/> หายใจหายใจ(Pocket mask)				
การห้ามแมลง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ต้องหายใจ <input type="checkbox"/> การห้ามแมลงเดียว <input type="checkbox"/> หายใจ				
การลดความร้อน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ต้องหายใจ <input type="checkbox"/> เมื่อหมดเมื่อ <input type="checkbox"/> หายใจหายใจ				
ช่ำญทึบหูหิ้ว <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ต้องหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจหายใจ				
ผลการคุณภาพชีวีเด่น				
ในสูญเสียหัวใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				
ผลการดูแลเด็ก				
ผลการดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				

## 4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (เกณฑ์ช่วงหน้าที่ไม่แน่นอน/ผ่านการตัดสินขอรับดูแลทันท่วงทัน)

นำส่งต่อสู่โรงพยาบาล	เวลา 10.10	<input type="checkbox"/> ราชวิถี <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล
เหตุผล <input checked="" type="checkbox"/> บาดแผล/ลักษณะร่างกายไม่ดี <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีลักษณะร้าย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยมา <input type="checkbox"/> เป็นความบกพร่อง (เด็กน้อยเด็กน้อย)		
ผู้รู้ประสาทงาน	เจ้าของ	

## 5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้ในพอกพาบลที่รับผิดชอบ)

HN 0701048 กการรับมือฉุกเฉิน	
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง (危急) 1-1-2 <input type="checkbox"/> ส้ม (เสี่ยงชีวิต) 2-2-3 <input type="checkbox"/> 黃 (เสี่ยงชีวิต) 3-3-4 <input type="checkbox"/> 綠 (เสี่ยงชีวิต) 4-4-5 ให้กับผู้ป่วย	
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	
การห้ามแมลง <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> ห้ามแมลง <input type="checkbox"/> ห้ามแมลง <input type="checkbox"/> ห้ามแมลง	
การลดความร้อน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> ลดความร้อน <input type="checkbox"/> ลดความร้อน <input type="checkbox"/> ลดความร้อน	
ช่ำญทึบหูหิ้ว <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	

## 6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่แพทย์ (ติดตามเป็นวันต่อวัน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกับบัน <input type="checkbox"/> กลับไปบ้าน <input type="checkbox"/> ความลี้ภัยในกระบวนการผล

## แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

36/06

## 1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	น้ำหนัก(kg)	น้ำหนัก(kg)
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1	วันที่	2 1996	รหัส _____
3	วันที่	4	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ
			เดือน/ปี

## 2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันศักราช	เดือน	วันเดือน	เดือน	วันเดือน	เดือน
เวลา (น.)	16.11.96	11.12.96	ธันวาคม	16.12.96	ธันวาคม	16.12.96	ธันวาคม
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที				นาที	นาที	
เสีย กว.	_____ กว.				_____ กว.	_____ กว.	_____ กว.
รวมเวลา (กม.)	รวมระยะทางมา _____ กม.				ระยะทางกลับ _____ กม.	ระยะทางไป _____ กม.	ระยะทางกลับ _____ กม.

## 3. ผู้เข้าป่วย

คำนำหน้าที่ของผู้ป่วย	อายุ 54 ปี เพศ ♂ ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประวัติเดินทาง <input type="checkbox"/> ประจำประเทศไทย <input type="checkbox"/> ต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ต่างด้วยเชื้อชาติ		
<input type="checkbox"/> คนไข้ มากับตัวประชาราตน (ปรับเปลี่ยน format)	<input type="checkbox"/> ภรรยาคนเดียวเดียว	ประวัติเดินทาง <input type="checkbox"/> ประจำประเทศไทย <input type="checkbox"/> ต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ต่างด้วยเชื้อชาติ		
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวประชาราตน	เด็กที่เก็บเดือนเดือนหาย	ประวัติเดินทาง <input type="checkbox"/> ประจำประเทศไทย <input type="checkbox"/> ต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ต่างด้วยเชื้อชาติ		
ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ห้ามรักษา <input type="checkbox"/> ห้ามกินสุรา <input type="checkbox"/> ห้ามรับยาเด็ด <input type="checkbox"/> ห้ามมีเพศสัมภาระ				
อาการป่วย				
ประ再多อยู่บ้าง <input type="checkbox"/> ปวดเข็ม/ถูกตีเหลา <input type="checkbox"/> ปวดอุกอาจ				
ความรู้สึกด้วย <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ปาน <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึก	หมายเหตุ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายเร็ว <input type="checkbox"/> หายช้า <input type="checkbox"/> หายลำบาก	ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แสดงออก <input type="checkbox"/> ลึกมาก/ลึก <input type="checkbox"/> ลึกมาก <input type="checkbox"/> ลึกมาก <input type="checkbox"/> ลึกมาก	ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป				
อวัยวะ <input type="checkbox"/> กระเพาะ/อวัยวะ <input type="checkbox"/> ใบหลาน <input type="checkbox"/> ลิ้นหูจมูก <input type="checkbox"/> หัวใจ/หัวม้าร้าว <input type="checkbox"/> ท้องท่อง <input type="checkbox"/> ท้องท่อง <input type="checkbox"/> ท้องท่อง <input type="checkbox"/> ท้องท่อง <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back				
การช่วยเหลือ				
หายเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีบ้าง <input type="checkbox"/> หายดีมาก <input type="checkbox"/> หายดีมาก <input type="checkbox"/> หายดีมาก	ช่วยหายใจ(Pocket mask) <input type="checkbox"/>			
การห้ามเมือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจ <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจ <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจ	ห้ามหัวใจ <input type="checkbox"/>			
การดามกระซูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดาม <input type="checkbox"/> ดามหัวใจ/หัวม้าร้าว <input type="checkbox"/> ดามหัวใจ/หัวม้าร้าว	ดามหัวใจ <input type="checkbox"/>			
ช่วยเดินเดินขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ช่วย <input type="checkbox"/> ช่วยเดินเดินขึ้น <input type="checkbox"/> ช่วยเดินเดินขึ้น	ช่วยเดินเดินขึ้น <input type="checkbox"/>			
ผลการดูแลรักษาขึ้นเดิน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดิน <input type="checkbox"/> ลากขา <input type="checkbox"/> คงตัว/คงตัว <input type="checkbox"/> หักขา <input type="checkbox"/> เมียชีวิต <input type="checkbox"/> ชีวิตเสียหาย <input type="checkbox"/> ล้มชีวิตเสียหาย				

## 4. ภารณฑ์การดัดแปลงใบสั่งใบแพทย์ (โดยหัวหน้าทีมแพทย์/ผู้อำนวยการเดินทางจากต้นต่อ)

นำส่งที่ของอุบัติเหตุทางอากาศ	เวลา _____	<input type="checkbox"/> รถเข้า <input type="checkbox"/> รถออกจาก
เหตุผล <input type="checkbox"/> งดอาหาร/ดามรักษาไม่ได้ <input type="checkbox"/> อยู่ในตัว <input type="checkbox"/> มีลักษณะป่วย <input type="checkbox"/> เบี้ยนผู้ป่วยบกพร้าว <input type="checkbox"/> เป็นความประหลาด (เมื่อก่อนมากกว่า 1 ชั่วโมง)		
ผู้รับประทาน _____	รหัส _____	

## 5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (ใบแพทย์ พยาบาล 1/จะรับผู้รักษาทางอากาศที่รับบัญชี)

HN	การวินิจฉัยโรค		
ระดับการดัดแปลง(ER Triage) <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี ( <b>1.1, 1.2</b> ) <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี ( <b>1.3</b> ) <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี ( <b>1.4</b> ) <input type="checkbox"/> ขาด ( <b>2.1-2.5</b> ) <input type="checkbox"/> ค่า (รักษาทางการแพทย์เดินทาง) <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดูแล			
หายเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> หายดี <input type="checkbox"/> หายดีมาก <input type="checkbox"/> หายดีมาก <input type="checkbox"/> หายดีมาก			
การห้ามเมือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจ <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจมาก <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจมาก <input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจมาก			
การดามกระซูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดาม <input type="checkbox"/> ดามหัวใจ/หัวม้าร้าว <input type="checkbox"/> ดามหัวใจ/หัวม้าร้าว			
ช่วยเดินเดินขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ช่วย <input type="checkbox"/> ช่วยเดินเดินขึ้น <input type="checkbox"/> ช่วยเดินเดินขึ้น	ดำเนินการ <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย		

## 6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Accepted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
ญา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ย้ายรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เยียวยาใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปทางบ้าน <input type="checkbox"/> ตามผู้รับไม่ได้ทราบผล			