



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

ที่ ลย 52004/-

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือนมกราคม 2565

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสวย

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือนมกราคม 2565 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ผู้บริหารได้รับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง รวมจำนวน 6 คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางลภัส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

ความเห็นของปลัดเทศบาล

.....

.....

(นางลภัส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายธงชัย บุตรเต)

ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลน้ำสวย

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

.....

(นายโสภณ อริยะสุข)

นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสวย

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2565.....
งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รายนต์หมายเลขทะเบียน กท 1355 เลข

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยฉุกเฉิน (ครั้ง/คน)	ทั่วไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
1 มกราคม 2565	07:40	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
1 มกราคม 2565	18:33	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
1 มกราคม 2565	20:24	3	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
5 มกราคม 2565	13:15	1	-	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
รวม		6	-	-	

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2565.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1.อุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง			
- ทกล้ม	1	1	
- รถจักรยานยนต์ล้ม	1	1	
- รถชน	1	3	
- เลื้อยยนต์โดนขา	1	1	
รวม	4	6	



(นางลภัส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที					..... นาที	..... นาที
เลข กม.	..... กม.			..... กม.		..... กม.	..... กม.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ..... กม.	ระยะทางกลับ..... กม.	

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน(ป.ร.บ. format)..... <input type="checkbox"/> แร่งานต่างดาว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แร่งานต่างดาวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	ประกันอื่นๆ ถ้ามี <input type="checkbox"/> ประกันท่องเที่ยว ประเทศ..... <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากเรือ ประเภท..... ทะเบียนรถหมวด..... เลขทะเบียน..... จังหวัด.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะไว้อวายน การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เจริญ <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลถลอก <input type="checkbox"/> ฉีกขาด/ตัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะตัดขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ขา <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> มือ/เท้า <input type="checkbox"/> Multiple Injury back	
การช่วยเหลือ	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เข็มถัก/ไม่ตาม/sling <input type="checkbox"/> เข็มถักตามคอและกระดูกทรงหลังยาว ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทูลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> รุกลนหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. เกณฑ์การคัดส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล..... เวลา..... <input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เกษားสม/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
ผู้ส่งรายงาน..... รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN..... การวินิจฉัยโรค.....
ระดับการคัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง(วิกฤต) 1, 2 <input type="checkbox"/> เหลือง(เร่งด่วน) 3 <input type="checkbox"/> เขียว(ไม่รุนแรง) 4 <input type="checkbox"/> ขาว(ทั่วไป) 5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับพิจารณาการดูแลขั้นไม่ใช่อุปกรณ์)
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ..... การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ..... การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทูลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

63/1

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

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

2. ข้อมูลเวลา

วันแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)						
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที					
เลข กม.	รวมระยะทางไป กม.			ระยะทางกลับ กม.		
ระยะทาง (กม.)	ระยะไป รพ. กม.					

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรีนformat) <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ เลขที่หนังสือเดินทาง สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักฐานประกัน	ประเภทอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันท่องเที่ยว ประเทศ <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยธรรมชาติ ประเภทรถ ทะเบียนรถ เลขทะเบียน จังหวัด
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลลอก <input type="checkbox"/> อีกราย/ตัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีรูป	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ขา <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> เชิง	
การช่วยเหลือ	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Poche) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เข็มกด/ไม้ตาม/sling <input type="checkbox"/> เข็มกดตามคอและอก ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรุดหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	

ชื่อ นายบุญญา จันทร์จิตร
 HN 0543481 อายุ 31 ปี 7 เดือน
 CID 1340700296706
 01-01-2565

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> หมดสติ/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อวัยวะ <input type="checkbox"/> มีหลักฐาน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ส่งผู้ป่วย	รหัส	

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN	การวินิจฉัยโรค
ระดับการคัดแยก(CR Triage)	<input type="checkbox"/> แดง(วิกฤติ) L1, L2 <input type="checkbox"/> เหลือง(เร่งด่วน) L3 <input type="checkbox"/> เขียว(ไม่เร่งด่วน) L4 <input type="checkbox"/> ขาว(ทั่วไป) L5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

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/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

73/1

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

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

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	20:21 น.	20:24 น.	20:24 น.	20:25 น.	20:26 น.	20:46 น.	21:00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที			..... นาที		..... นาที	
เลข กม.	166518		166558		166558		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.			ระยะไป รพ กม.		ระยะทางกลับ กม.	

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat) <input type="checkbox"/> แร้งงานต่างดาว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ เลขที่หนังสือเดินทาง สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แร้งงานต่างดาวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันท่องเที่ยว ประเทศ <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ ประเภทรถ ทะเบียนรถหมวด เลขทะเบียน จังหวัด
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลลอก <input type="checkbox"/> อีกราย/ตัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะตัดขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ลำตัว <input type="checkbox"/> ข้อมือ/ข้อ <input type="checkbox"/> เเชิงกราน <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> มือ/ข้อมือ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เฝือกสม/ไม้ค้ำ/sling <input type="checkbox"/> เฝือกตามคอและกระดูกคอหลังยาว ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> คลงคืน/คงที่ <input type="checkbox"/> ทุเลาหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหนาะสน/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ส่งผู้ป่วย	รหัส	

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN	การวินิจฉัยโรค
ระดับการคัดกรอง(CN Triage)	<input type="checkbox"/> หนึ่ง(วิกฤติ) L1, L2 <input type="checkbox"/> สอง(พ่วงค่า) L3 <input type="checkbox"/> เขียว(ไม่รุนแรง) L4 <input type="checkbox"/> ขาว(ทั่วไป) L5 <input type="checkbox"/> คำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

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/หนักกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปดวยบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

