



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

ที่ ลย 52004/-

วันที่ 4 มกราคม 2565

เรื่อง รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือนธันวาคม 2564

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสวย

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือนธันวาคม 2564 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ผู้บริหารได้รับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุบัติเหตุ จำนวน 1 ครั้ง รวมจำนวน 1 คน
2. ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ครั้ง รวมจำนวน 10 คน
3. ทัวไป/อื่นๆ จำนวน 2 ครั้ง รวมจำนวน 2 คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางอภัส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

ความเห็นของปลัดเทศบาล

(นายวิศุรีย์ บุญหนัก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายอำพล สีหา)

ปลัดเทศบาลตำบลน้ำสวย

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

(นายโสภณ อริยะสุข)

นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสวย

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รถยนต์หมายเลขทะเบียน กท 1355 เลข

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยฉุกเฉิน (ครั้ง/คน)	ทั่วไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
1 ธันวาคม 2564	22:01	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
2 ธันวาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
2 ธันวาคม 2564	10:11	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
2 ธันวาคม 2564	11:52	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
3 ธันวาคม 2564	16:57	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
6 ธันวาคม 2564	14:51	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
7 ธันวาคม 2564	08:00	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศราวุธ เกษเกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง
10 ธันวาคม 2564	07:43	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
11 ธันวาคม 2564	14:10	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายทรงเดช ผลผดุง นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
11 ธันวาคม 2564	11:05	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
29 ธันวาคม 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระจวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2564.....
งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รถยนต์หมายเลขทะเบียน กท 1355 เลข

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยฉุกเฉิน (ครั้ง/คน)	ทั่วไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
30 ธันวาคม 2564	04:10	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
31 ธันวาคม 2564	15:09	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงแสน
รวม		1	10	2	

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานกู้ชีพ (แพทย์ฉุกเฉิน) ประจำเดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1.อุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง - ล้มหมดสติ	1	1	
2. ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ครั้ง - เหนื่อยหอบ - ปวดท้อง - เบาหวาน - กล้ามเนื้ออ่อนแรง - หมดสติ	3 3 1 2 1	3 3 1 2 1	
3. เสนอบริการ - รับ - ส่ง โรงพยาบาลเลย	2	2	- นางโสม กระวน - นางสมนึก บุณผ่อง
รวม	13	13	



(นางลภัส แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ได้รับบริการ 1	รหัส 2	รหัส
2	รหัส 4	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ <input type="checkbox"/> สถานะเกิดเหตุ เหตุการณ์	

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากรถ	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	เสร็จ	ถึงฐาน
เวลา (น.)	10:00 น.	10:10 น.	10:20 น.	10:25 น.	10:30 น.	10:35 น.	10:40 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time <..... นาที				..... นาที	..... นาที	
เลข กม.	..... กม.		..... กม.		..... กม.		..... กม.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ..... กม.		..... กม.

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย และบัตรประชาชน(ป.ร.ร.) <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"/> ไม่มีสิทธิประกัน	ระบุสิ่งบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ประการเดียว <input type="checkbox"/> กระทบ <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจาก..... ประเภท..... คณะกรรมการ..... เลขทะเบียน..... จังหวัด.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ชึม <input type="checkbox"/> หลงสติ/ถูกตี <input type="checkbox"/> หลงสติ/ถูกตีไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เสร็จเรียบร้อย การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เจริญ <input type="checkbox"/> ชั่ว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลสด <input type="checkbox"/> ฉีกขาด/กัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> สัตว์กัด/กัด <input type="checkbox"/> ถูกกระเด็น กระดูกหักรูป <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"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> มือ/เท้า <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ	
พาดพันหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ใช้ท่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ขวดพาดใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การพาดกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ผูกคาน/ไม้คาน/เชือก <input type="checkbox"/> ผูกคานคอบและกระดูกนอกร่างกาย ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ขอรับการรักษา <input type="checkbox"/> ขูด <input type="checkbox"/> คมเข็ม/คีม <input type="checkbox"/> พลุคีม <input type="checkbox"/> เสียบชีวิต <input type="checkbox"/> ขูดกระดูก <input type="checkbox"/> เสียบชีวิตขณะนำส่ง	

4. เกณฑ์การคัดส่งไปยังโรงพยาบาล (โดยเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ/รถพยาบาล)

นำส่งถึงฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> แพทย์ขอ/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีสิทธิประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นสารประเศศ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผู้ดูแลรถพยาบาล	

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HPI	การวินิจฉัยโรค
ระดับการคัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดงวิกฤต(1,1,2) <input type="checkbox"/> เหลืองฉุกเฉิน(1,3) <input type="checkbox"/> เขียวไม่ฉุกเฉิน(1,4) <input type="checkbox"/> ขาวทั่วไป(1,5) <input type="checkbox"/> ดำ (เป็นสีการสาธิตการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้ป่วย)	
พาดพันหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การพาดกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....	
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ขูด <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ถึงรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาจนกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปพักบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

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

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

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	ชาย <input type="checkbox"/> เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/>	อายุ	ปี	เกิด	ที่	ประวัติ
<input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> แล่นบัตรประชาชน(ป.ป.ส. format)	<input type="checkbox"/> ม่วงกมลศาสตร์					
<input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ	เลขที่หนังสือเดินทาง					
สัญชาติ	<input type="checkbox"/> บังกลาเทศ <input type="checkbox"/> ฟิลิปปินส์ <input type="checkbox"/> อินโดนีเซีย <input type="checkbox"/> เวียดนาม <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ					
ลักษณะผู้เจ็บป่วย						
ประเภทผู้เจ็บป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน				
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม	<input type="checkbox"/> พบสติปัญญา	<input type="checkbox"/> พบสติปัญญาไม่คืน	<input type="checkbox"/> เสนอไว้ตรวจ		
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"/> แผลสด <input type="checkbox"/> อีกรายละเอียด	<input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ	<input type="checkbox"/> แผลไฟไหม้	<input type="checkbox"/> ถูกยิง	<input type="checkbox"/> ถูกแทง	<input type="checkbox"/> อวัยวะขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป					
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/ขา	<input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่	<input type="checkbox"/> ข้อมือ	<input type="checkbox"/> มือ/เท้า	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> อวัยวะอื่น <input type="checkbox"/> Multiple injury back
การช่วยเหลือ						
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดท่าผู้ป่วย	<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"/> เมื่อพบ/ไม่พบ/อื่นๆ	<input type="checkbox"/> เมื่อตามพบและกระดูกแตก/หัก			
ช่วยฟื้นคืนชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำ				
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น	<input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> คนขับ/อาสา	<input type="checkbox"/> จักษุแพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร	<input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร	<input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร	<input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร	<input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยเจ้าหน้าที่และ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

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

5. การประเมิน/รับรอการนำส่ง (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(ไม่เร่งด่วน) 4 <input type="checkbox"/> ฟ้า(รับบริการตามลำดับ) ไม่ใช่ผู้ป่วย
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ.
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ.
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> -
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดมา)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> อีกรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนี	

ชื่อ นายประเสริฐ คำพันธ์
HN 0452814 อายุ 47 ปี 0 เดือน
CID 3420200106105
02-12-2564



แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

2. ข้อมูลเวลา

	เริ่มแจ้งเหตุ	เริ่มคำชี้แจงปฏิบัติการการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	11:50 น.	11:55 น.	12:00 น.	11:55 น.	11:55 น.	12:00 น.	12:00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที					นาที	นาที
เลข กม.	1-3-2-2			1-3-2-1		1-3-2-1	4-3-2-1
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.				ระยะไป รพ. กม.		ระยะพาสกลับ กม.

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย แลชบัตรประชาชน(ป.วิ. format) <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"/> แรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	เภสัชกรประจำตัว <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เภสัชกรเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> ผู้ประสงค์รับยา ปล่อยยา <input type="checkbox"/> ปล่อยยาตามใบสั่งยา <input type="checkbox"/> ปล่อยยาตามใบสั่งยา เภสัชกร <input type="checkbox"/> เภสัชกร
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หงุดหงิด/สติไม่ดี <input type="checkbox"/> หงุดหงิด/สติไม่ดี <input type="checkbox"/> เกลียดใจ 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"/> แผลสด <input type="checkbox"/> มีบาดแผล/มีแผล <input type="checkbox"/> แผลพุพอง <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาด <input type="checkbox"/> ถูกกระโดด กระดูกหักรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีรูป	
อาการบาดเจ็บ	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/ขา <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ลำตัว <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การปฐมพยาบาล	
พาดแผลหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ใช้ผ้าผูกพัน <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ฟันกด การสวมกระดุก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ผูกคอ/ไม่รัด/ผูก <input type="checkbox"/> ผูกคอและรัดสายรัดอก ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ชูขา <input type="checkbox"/> ครั้น/หกล้ม <input type="checkbox"/> หยุดพัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. สถานที่การเคลื่อนย้ายส่งโรงพยาบาล (โดยเจ้าหน้าที่และ/หรือการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งต้องฉุกเฉินโรงพยาบาล เวลา <input type="checkbox"/> รถรัฐ <input type="checkbox"/> รถเอกชน เหตุผล <input type="checkbox"/> เหนื่อย/ความสามารถไม่ได้ <input type="checkbox"/> ออโต <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นภาวะประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ผู้ดูแลผู้ป่วย รหัส

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN การวินิจฉัยโรค ระดับการบาดเจ็บ(BI Triage) <input type="checkbox"/> แรก (วิกฤต) 1,1,1,2 <input type="checkbox"/> เหลือรอด 1,3 <input type="checkbox"/> เสียชีวิต 1,4 <input type="checkbox"/> ชาวพื้นเมือง 1,5 <input type="checkbox"/> ต่ำ (รับการสาธารณสุขขั้นไม่ใช่อุบัติเหตุ)
พาดแผลหายใจ <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 การสวมกระดุก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ
ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดมา)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ชูขา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ถึงรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปกลับบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมายังสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเลย ก่อนวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

35/3

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

2. ข้อมูลเวลา

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
เวลา (น.)	7.30 น.	14.30 น.	7.30 น.	12.00 น.	13.00 น.	13.30 น.	12.00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time + นาที				..... นาที		..... นาที
เลข กม.	105261		105262		105263		105264
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะทางกลับ..... กม.		ระยะไป รพ..... กม.

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน(ปวิ-format) <input type="checkbox"/> แร่จากต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเภท..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... สถานการณ์การเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> บิดรพ. <input type="checkbox"/> ชีวรถ <input type="checkbox"/> ประทับลิฟต์ <input type="checkbox"/> แร่จากต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	ระบุถิ่นกำเนิด..... <input type="checkbox"/> ระบุที่นอน..... <input type="checkbox"/> ผู้ประสบเหตุ..... ประเภท..... เลขทะเบียน.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หลงสติปัญญา <input type="checkbox"/> หลงสติปัญญาไม่สิ้น <input type="checkbox"/> เกล็ดไขว่เขว การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่ประสาน <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลสด <input type="checkbox"/> อีกราย/กัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาด <input type="checkbox"/> ถูกกระเด็น กระดูกมีรูป <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"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> เหนือราวม <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> มีบาดแผล <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การพาดกระตุก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เมื่อถนน/ไม้ตาม/ sting <input type="checkbox"/> เมื่อพบคนและเหตุการณ์รถพยาบาล ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ชูฉา <input type="checkbox"/> คนดื่ม/ทนต์ <input type="checkbox"/> ขูดฟัน <input type="checkbox"/> นีบซี่ฟัน <input type="checkbox"/> จุดเปิดเหตุ <input type="checkbox"/> นีบซี่ฟันจนกว่าส่ง	

4. สถานที่การคัดส่งโรงพยาบาล (โดยเจ้าหน้าที่และ/หรือการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล..... เวลา.....	<input type="checkbox"/> รถรัฐ <input type="checkbox"/> รถเอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหนือสม/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(EM Triage) <input type="checkbox"/> แดงวิกฤติ 1, 2 <input type="checkbox"/> แดงวิกฤติ 3 <input type="checkbox"/> เหลือง/เขียว 4 <input type="checkbox"/> เขียว/ฟ้า 5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ใช่ผู้ป่วย)	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การพาดกระตุก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม 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"/> ชูฉา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ถึงรักษาใน รพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปค่ายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล	

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____ วันที่ _____ ปฏิบัติการที่ _____
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1 _____ รหัส _____ 2 _____ รหัส _____
 3 _____ รหัส _____ 4 _____ รหัส _____
 ผลการปฏิบัติงาน ไม่ทราบเหตุ ทราบเหตุ สถานะผู้ป่วย _____
 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.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.					รวมไป รพ. กม.	

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง
 คนไทย และบัตรประชาชน(ป.ร.1 format) _____ แรงงานต่างด้าว _____
 ชาวต่างชาติ ประเภท _____ เลขที่หนังสือเดินทาง _____
 สิทธิการึกษา บัตรทอง บัตรราชการ ประกันสังคม แรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน ไม่มีสิทธิประกัน

ประเภทผู้เจ็บป่วย บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ป่วยฉุกเฉิน แผลหรือรอยขาว

ความรู้สึกร้าว รู้สึกตัวดี ซึม ทลตสติปัญญา ทลตสติปัญญาเล็กน้อย ไม่มีสติ

การหายใจ ปกติ เร็ว ช้า ไม่สม่ำเสมอ ไม่หายใจ

บาดแผล ไม่มี แผลตื้นตื้น ลึก / ตัด แผลฟกช้ำ แผลไหม้ ถูกยิง ถูกแทง อวัยวะขาด ถูกกระบอก

กระดูกมีรูปร่าง ไม่มี มีรูปร่าง

อวัยวะ ศีรษะ/คอ ใบหน้า สันหลัง/หลัง หน้าอก/ไหล่/ขา ข้อมือ/ข้อ เอว/ขา Extremities นิ้วมือ Multiple injury back

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ ไม่ได้ทำ จัดทำผู้ป่วย เปิดทางเดินหายใจ ช่วยพาดใจ(Pocket mask)

การห้ามเลือด ไม่ได้ทำ การกดห้ามเลือด ทำแผล

การคาดกระดูก ไม่ได้ทำ เข็มกดกระดูก/ไม้ค้ำ/ปลอก เข็มกดกระดูกและกระดูกสันหลังชั่วคราว

ช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ได้ทำ ทำ

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่ขอรับสิทธิรักษา ขู่ว่า ทลสติ/สติ รพ.ฉุกเฉิน เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิตก่อนนำส่ง

4. สถานที่การเกิดเหตุ/จุดโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและผ่านการเห็นชอบของศูนย์อำนวยการ)

ป้าส่งเพื่อฉุกเฉินโรงพยาบาล _____ เวลา _____ รพ.รัฐ รพ.เอกชน
 เหตุผล ระยะเวลา/สถานการณ์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ มีผู้บาดเจ็บ เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ผู้ดูแลรถฉุกเฉิน _____ รหัส _____

5. การประเมิน/รับรถอำนวยการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HPI _____ การวินิจฉัยโรค _____
 ระดับการคัดกรอง(EH Triage) วิกฤตชีวิต I, L1, L2 เสี่ยงต่อชีวิต L3 เสี่ยงไม่รุนแรง L4 ขาดชีพจร L5 คำ (รับบริการสาธารณสุขแล้ว) ไม่ใช่อุปกรณ์

ทางเดินหายใจ ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. _____

การห้ามเลือด ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. _____

การคาดกระดูก ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. _____

ชื่อผู้ประเมิน _____ ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล อื่น ๆ _____

6. ผลการรักษาที่โรงพยาบาล (ติดตามในวันคืน)

Admitted Yes No
 ขู่ว่า รักษาต่อที่อื่น ยังก่อนใน รพ. เสียชีวิตใน รพ. ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน กลับไปดาวน์บ้าน ฝากแล้วไม่ทราบผล

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMF)

ชื่อ นายสมพงษ์ ทากแก้ว

HN 0266283

อายุ 73 ปี 8 เดือน

CID 3420100577041



07-12-2564

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____ วันที่ _____
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1 _____ รหัส _____ 2 _____ รหัส _____
 3 _____ รหัส _____ 4 _____ รหัส _____
 ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ _____
 เหตุการณ์ _____

2. ข้อมูลเวลา

	เริ่มแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากรถ	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที				..... นาที	..... นาที	..... นาที
เลข กม.	..... กม.				..... กม.	..... กม.	..... กม.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.				..... กม.	รวมระยะทางกลับ กม.	..... กม.

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง
 คนไทย เอชดีบัตรประชาชน(ป.รiformat) _____ แรกรถต่างชาติ
 ชาวต่างชาติประเภท _____ แรชท์หนังสือเดินทาง _____
 สิทธิการรักษา บัตรทอง อื่นๆ ประกันสังคม แรกรถต่างชาติที่ลงทะเบียน ไม่มีสิทธิประกัน

ประวัติเจ็บป่วย
 ประวัติของโรค _____
 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง _____
 รับประทานยา _____ ขณะเจ็บป่วย _____
 รับประทาน _____ งดใช้ _____

สภาพผู้ป่วย
 ประเภทผู้ป่วย บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ป่วยฉุกเฉิน
 ความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี ชั่ว ชนกลืนลำบาก ชนกลืนไม่ลง เสร็จเรียบร้อย
 การหายใจ ปกติ ชั่ว ช้ำ ไม่สม่ำเสมอ ไม่หายใจ
 บาดแผล ไม่มี แผลสด อีกรายละเอียด _____ แผลฟกช้ำ แผลไฟไหม้ ถูกยิง ถูกแทง สัตว์กัดคาบ ถูกระเบิด
 กระดูกหักรูป ไม่มี หักรูป

อวัยวะ ศีรษะ/คอ ไหล่ ต้นคอ/หลัง หน้าอก/ไหล่ขวา ข้อต่อ ข้อมือ ข้อมือ Extremities นิ้วมือ Multiple injury back

การช่วยเหลือ
 ทางเดินหายใจ ไม่ได้ทำ จัดทำผู้ป่วย เปิดทางเดินหายใจ ช่วยหายใจ(Pocket mask)
 การห้ามเลือด ไม่ได้ทำ การกดห้ามเลือด ห้ามกด
 การคานกระดูก ไม่ได้ทำ เฝือกบน/ไม้คาน/เชือก เฝือกคานคอ/สายรัดเอว/สายรัดศีรษะ
 ช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ได้ทำ ทำ

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่ยอมให้รักษา ชูขา คนดื่ม/คสดี ทฤษฎี เมียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เมียชีวิตขณะนำส่ง

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/หรือการตัดสินใจของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล _____ เวลา _____ รพ.รัฐ รพ.เอกชน
 เหตุผล หมดสติ/สามารถรักษานัด อยู่ใกล้ มีสิทธิประกัน เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เมื่อใดก็ตามที่เกิน 1 ข้อ)
 ผู้ส่งรายงาน _____ รหัส _____

5. การประเมิน/รับรอการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแล)

HN _____ การวินิจฉัยโรค _____
 ระดับการคัดแยก(EM Triage) 1 (สีเขียว) 2 (สีเหลือง) 3 (สีแดง) 4 (สีส้ม) 5 (สีน้ำเงิน) 6 (สีม่วง) (ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นไม่ถึงผู้ป่วย)
 ทางเดินหายใจ ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 การห้ามเลือด ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 การคานกระดูก ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 ชื่อผู้ประเมิน _____ ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล อื่น ๆ _____

6. ผลการรักษาที่โรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted Yes No
 ชูขา รักษาต่อที่อื่น ยังรักษาในรพ. เสียชีวิตใน รพ. ปฏิเสธการรักษาหนักกลับ กลับไปตายบ้าน ตายแล้วไม่ทราบผล

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

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

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน (ป.ร.ป. format) <input type="checkbox"/> แร่ถ่านสีดำ <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... ภูมิลำเนา <input type="checkbox"/> บึงระจก <input type="checkbox"/> อ่างทอง <input type="checkbox"/> อ่างทอง <input type="checkbox"/> ปะจก <input type="checkbox"/> แร่ถ่านสีดำ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักฐาน	ป่วยเป็นโรค..... <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรค..... ประเภท..... เลขที่.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมดสติ/ไม่รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> หมดสติ/ไม่รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> หมดสติ/ไม่รู้สึกตัว การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เหนื่อย <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ นานแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลสด <input type="checkbox"/> มีบาดแผล/แผล <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"/> มีคูป	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ขา <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <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"/> ห้ามแผล การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เข็มกด/ไม้ตาม/สาย <input type="checkbox"/> เข็มกด/ไม้ตาม/สาย ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ฟ้า	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> รพ. <input type="checkbox"/> คนดื่ม/คนสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> รพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตก่อนนำส่ง	

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยพิจารณาถึงพื้นที่และสถานการณ์ของจุดเกิดเหตุ)

นำส่งส่งฉุกเฉินโรงพยาบาล..... เวลา..... <input type="checkbox"/> รพ. <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน เหตุผล <input type="checkbox"/> งบประมาณ/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักฐาน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เมื่อไม่ได้มากกว่า 1 ข้อ) ผู้ส่งผู้ป่วย..... รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแล)

HN..... การวินิจฉัยโรค..... ระดับการคัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดงวิกฤต I, L2 <input type="checkbox"/> เหลืองรุนแรง L3 <input type="checkbox"/> เขียวไม่รุนแรง L4 <input type="checkbox"/> ขาวทั่วไป L5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้ป่วย)
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ..... การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ..... การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ.....
ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่โรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเคส)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> รพ. <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> กลับไปพบบ้าน <input type="checkbox"/> ตายแล้วไม่ทราบผล

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 สถานการณ์เกิดเหตุ..... เหตุการณ์.....	

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากรูม	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.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.					ระยะไป รพ..... กม.	..... กม.

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย และบัตรประชาชนป.ร.ป. format..... <input type="checkbox"/> แร่ถ่านเตาเผา <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... สถานะการศึกษ <input type="checkbox"/> บัณฑิต <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แร่ถ่านเตาเผาใช้รถยนต์ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	เวลาถึงรพ. มี..... <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพ..... รพ..... <input type="checkbox"/> ผู้ประสบเหตุการณ์ ประเภท..... พ.ร.บ...... เลขทะเบียน..... จังหวัด.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ชึม <input type="checkbox"/> พบสติปัญญา <input type="checkbox"/> พบสติปัญญาไม่คืน <input type="checkbox"/> ผิดสติปัญญา การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ นานแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> ลึก <input type="checkbox"/> ลึก / ตื้น <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกหักรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> หักรูป	
สรีระ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/อก <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ขา <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> ข้อมือ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ	
พาดผ้าพันคอ <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"/> เมื่อถอน/ไม่ตาม/ส่ง <input type="checkbox"/> เมื่อถอน/ไม่ตาม/ส่ง ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับรักษา <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> คนอื่น/คนที่ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตบนรถพยาบาล	

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งต้องฉุกเฉินโรงพยาบาล..... เวลา..... <input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เสนอขอ/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เมื่อใกล้มากกว่า 1 ข้อ)
ผู้ดูแลผู้ป่วย..... รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

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

6. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ตู้อา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ย้ายรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปหาหมอ <input type="checkbox"/> ตายแล้วไม่ทราบผล

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	รหัส	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	รหัส	รหัส
<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เสนอบัตรประชาชนไปเรียบร้อยแล้ว <input type="checkbox"/> แร่ถ่านดำตัวขาว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ วัตถุประสงค์ เลขที่หนังสือเดินทาง ลักษณะการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> บาดแผล <input type="checkbox"/> ชีวจรการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แร่ถ่านดำตัวขาว <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักฐานการบาดเจ็บ	ประเภทผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> บาดเจ็บฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ชั่ว <input type="checkbox"/> หมดสติไปถูกฟื้น <input type="checkbox"/> หมดสติไปถูกไม่ฟื้น <input type="checkbox"/> เสร็จโดยเร็ว การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เหว <input type="checkbox"/> ชั่ว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถพูด <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> อึกซาด / ตัด <input type="checkbox"/> แผลลึก <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> ชีวจรผิดปกติ <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ไหล่/อก <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหล่/ขา <input type="checkbox"/> ข้อมือ/ข้อมือ <input type="checkbox"/> เข่า/ข้อมือ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
พาดผ้าพันแผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เว้นตามคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocketmask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การพาดกระตุก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เมื่อถูกคม/มีด/กรรไกร <input type="checkbox"/> เมื่อถูกสารเคมี/สารพิษ/สารกัดกร่อน ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่พบ/ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> คนดี/คนดี <input type="checkbox"/> รพ.ชุมชน <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยที่หัวหน้าทีมและผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งเพื่อฉุกเฉินโรงพยาบาล เวลา <input checked="" type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน เหตุผล <input type="checkbox"/> บาดแผล/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> สัญชีพ <input type="checkbox"/> มีผลกับประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ผู้ดูแลผู้ป่วย รหัส

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN การวินิจฉัยโรค ระดับการคัดกรอง (EM Triage) <input type="checkbox"/> ระดับวิกฤต L1, L2 <input type="checkbox"/> เพื่อส่งรพ.ต่อ L3 <input type="checkbox"/> เสี่ยงไม่รุนแรง L4 <input type="checkbox"/> ง่าย/ทั่วไป L5 <input type="checkbox"/> ต่ำ (เป็นการสาธารณสุขสูง/สิ้น) ไม่ใช่ผู้ป่วย
พาดผ้าพันแผล <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำตามแผนกสน <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำตามแผนกสน <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. การพาดกระตุก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำตามแผนกสน <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ.
ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษาที่โรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นคืน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> อัมพาตในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/ขอกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตายแล้วไม่ทราบผล

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

2. ข้อมูลเวลา

	เริ่มแจ้งเหตุ	เริ่มคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	06:15	06:15	06:15	06:15	06:15	06:15	06:15
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที					..... นาที	..... นาที
เลข กม.	105.026			105.025		105.029	105.028
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.					ระยะไป รพ. กม.	.....

3. ผู้เจ็บป่วย

ลำดับตัวของผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> คนต่างชาติ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเภท เลขที่หนังสือเดินทาง สถานศึกษา <input type="checkbox"/> นิตยภัต <input type="checkbox"/> ช่างราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวชั้นนายสิบ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	ประเภทผู้เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ป่วยก่อนป่วย <input type="checkbox"/> ป่วยขณะทำงาน ประเภท ประเภท เลขทะเบียน จังหวัด
สภาพผู้เจ็บป่วย ประเภทผู้เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หงุดหงิด/สติไม่ดี <input type="checkbox"/> หงุดหงิด/สติไม่คืน <input type="checkbox"/> เหนื่อย/ใจวาย การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ นานตาม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลสด <input type="checkbox"/> ใช้กรวย/ดูด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> สวมเสื้อรัด <input type="checkbox"/> ถูกกระบี่ กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป	
สรีระ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ไหล่ <input type="checkbox"/> สันหลัง/เอว <input type="checkbox"/> หน้าอก/หลัง <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> เอว <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> มือ/เท้า <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ (Pocetmask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เมื่อกระดูกไม่แตก/aling <input type="checkbox"/> เมื่อกระดูกแตก/การตรึงกระดูก ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> คนอื่น/คนอื่น <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. สถานที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/หรือการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งต้องฉุกเฉินโรงพยาบาล เวลา <input type="checkbox"/> รถ รพ. <input type="checkbox"/> รถพยาบาล เหตุผล <input type="checkbox"/> เหนื่อย/หมดสติ/การรักษาล้มเหลว <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เมื่อใดก็ตามที่ (ชื่อ) ผู้ดูแลผู้ป่วย รหัส
--

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HPI การวินิจฉัยโรค ระดับการคิดแยก (ER Triage) <input type="checkbox"/> ไม่รุนแรง (L1, L2) <input type="checkbox"/> เหลือเล็กน้อย (L3) <input type="checkbox"/> เสียใจไม่รุนแรง (L4) <input type="checkbox"/> ไข้/หัวใจ (L5) <input type="checkbox"/> ต่ำ (รับบริการสาธารณสุขอื่นไม่ใช่ผู้ป่วย)
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ. การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม รพ.
ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันรุ่งขึ้น)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ย้ายรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปพยายบ้าน <input type="checkbox"/> พานแล้วไม่ทราบผล
--

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเลย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____ วันที่ _____ ปฏิบัติการที่ _____
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1 _____ รหัส _____ 2 _____ รหัส _____
 3 _____ รหัส _____ 4 _____ รหัส _____
 ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ _____
 เหตุการณ์ _____

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	15.30	15.35	15.45	15.55	16.15	16.25	16.40
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที						
เลข กม.	106015		106030		106050		106000
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป _____ กม.				ระยะทางกลับ _____ กม.		

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ เพศ ชาย หญิง
 คนไทย เลขบัตรประชาชน(ป.รiformat) _____ พระชนกต่างดาว
 ชาวต่างชาติ ประเภท _____ เลขที่หนังสือเดินทาง _____
 สิทธิการรักษา นิรพจน จักรวรรพ ประกันสังคม แรงานต่างดาวขึ้นทะเบียน ไม่มีสิทธิประกัน

สภาพผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ป่วยฉุกเฉิน
 ความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี ซึม หมดสติ/ไม่ตื่น ไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ เสร็จเรียบร้อย
 การหายใจ ปกติ เสียว ช้า ไม่ทั่วสมถ ไม่หายใจ
 บาดแผล ไม่มี แผลฉีก ฉีกขาด/ขีด แผลพุทพ แผลไหม้ ถูกยิง ถูกแทง สิวระคิตขาด ถูกกระเด็น
 กระดูกผิดรูป ไม่มี ผิดรูป

อวัยวะ ศีรษะ/คอ ไบค ส้นมือ/ข้อม หน้าอก/ไหล่/ขา ข้อม เทียราน Extremities มือ/ข้อม Multiple injury back

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ ไม่ได้ทำ จัดท่าผู้ป่วย เปิดทางเดินหายใจ ขวดทงหายใจ(Pocket mask)
 การห้ามเลือด ไม่ได้ทำ การกดห้ามเลือด ฟ่ามกด
 การสามารถดูด ไม่ได้ทำ เขียงกด/ใช้คาน/ยาง เขียงกดกดลดการลดระดับอาการ
 ช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ได้ทำ ทำ

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่ยอมให้รักษา ชุลา คงเดิม/คงที่ ชุลาหนัก เสียวชีวิต จุดเลือดหยุด เสียวชีวิตจนปล่าตั้ง

4. สถานที่การคัดคนใจส่งโรงพยาบาล (โดยพิจารณาถึงและผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล _____ เวลา _____ รถ รู่ รถยกขน
 เหตุผล ภาวะสม/อาการโรคไม่ได้ อยู่ใกล้ มีสิทธิประกัน เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ผู้ดูแลผู้ป่วย _____ รหัส _____

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN _____ การวินิจฉัยโรค _____
 ระดับการคัดแยก(ER Triage) วิกฤต(L1, L2) เหลือส่งต่อ L3 เสียวไม่รุนแรง L4 ชาว(ทั่วไป) L5 สำ (รับบริการสาธารณสุขสูงอื่น ไม่ใช่ผู้ป่วย)
 ทางเดินหายใจ ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 การห้ามเลือด ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 การสามารถดูด ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ _____
 ชื่อผู้ป่วยเดิม _____ ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล อื่น ๆ _____

6. ผลการรักษาที่โรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted Yes No
 ชุลา รักษาต่อที่อื่น ย้รักษาในรพ. เสียวชีวิตใน รพ. ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ กลับไปดขนำบ้าน ตามแล้วไม่ทราบผล