

เล่มที่ 0276 /25.....

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอร์ว่าด)

เลขที่ 27501

บันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ..... ปฏิบัติการที่.....

พื้นที่โซน.....	สน.....	เลขที่ปฏิบัติการของศูนย์.....	วันที่.....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	1..... รหัส.....	2..... รหัส.....	
	3..... รหัส.....	4..... รหัส.....	
ผลการปฏิบัติงาน	☐ พบเหตุ	☐ ไม่พบเหตุ	ปฏิบัติการ ☐ ในพื้นที่ ☐ นอกพื้นที่
สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์ (ใส่รหัส).....		

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากรฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง ร.พ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
รวมเวลา (นาที/วินาที)	Response time =นาที.....วินาที				นาที.....วินาที		นาที.....วินาที
เลข กม.							
ระยะทาง	รวมระยะทางไป.....กม.				ระยะทางกลับ.....กม.		

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....	อายุ.....ปี	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
สิทธิการรักษา	☐ ไม่มีหลักประกัน	☐ บัตรทอง
	☐ ประกันอื่นๆ	☐ ชาวต่างชาติไม่มีประกัน
	☐ ผู้ประสบภัยจากรถ	☐ เลขบัตรประชาชน.....
สภาพผู้ป่วย		
ประเภทผู้ป่วย	☐ บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	☐ ป่วยฉุกเฉิน
สัญญาณชีพ เวลา.....น. ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mm.Hg		
ความรู้สึกตัว	☐ รู้สึกตัวดี	☐ สับสน
	☐ หมาดสติปลุกตื่น	☐ เอะอะโวยวาย
การหายใจ	☐ ปกติ	☐ เร็ว
	☐ ไม่สม่ำเสมอ	☐ ไม่หายใจ
บาดแผล	☐ ไม่มีบาดแผล	☐ แผลฉีก
	☐ ฉีกขาด/ฉีก	☐ ฟกช้ำ
	☐ แผลไหม้	☐ ถูกยิง
	☐ ถูกแทง	☐ อวัยวะตัดขาด
กระดูกหัก	☐ ไม่มีกระดูกหัก	☐ ข้อเคลื่อน/ข้อหลุด
	☐ บาดเจ็บกล้ามเนื้อ	☐ ศีรษะ
	☐ เข็งกราม	☐ ใบหน้า
	☐ หน้าอก	☐ คอ/หลัง
	☐ แขนท่อนบน	☐ แขนท่อนล่าง
	☐ ขาท่อนบน	☐ ขาท่อนล่าง
การช่วยเหลือ		
ทางเดินหายใจ	☐ ไม่	☐ เปิดทางเดินหายใจ
	☐ ใส่ Oral airway	☐ ให้ O ₂ Canula/mask
	☐ AMBU	☐ Packet Mask
บาดแผล/ห้ามเลือด	☐ ไม่	☐ กดห้ามเลือด
	☐ ทำแผล	
การตามกระดูก	☐ ไม่	☐ ผีอกกลม/ไม้ตาม
	☐ ผีอกตามคอและกระดูกงอหลังยาว	☐ ผีอกหลังและคอ (KED)
ช่วยฟื้นคืนชีพ	☐ ไม่ได้ทำ	☐ ทำ
	☐ เครื่องกระตุกหัวใจ (AED)	
ผลการรักษาขั้นต้น	☐ ไม่ยอมให้รักษา	☐ ทุเลา
	☐ คงเดิม/คงที่	☐ ทรุดหนัก
	☐ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	☐ เสียชีวิตขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล.....	☐ รพ.รัฐ	☐ รพ.เอกชน
เหตุผล	☐ เหมาะสม/สามารถรักษาได้	☐ อยู่ใกล้
	☐ มีหลักประกัน	☐ เป็นผู้ป่วยเก่า
	☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้สรุปรายงาน.....	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	รหัส..... (ในระบบ Bangkok-EMS)

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN.....	การวินิจฉัย.....	ระดับความรุนแรง	☐ Non urgent	☐ Urgent	☐ Emergent
ทางเดินหายใจ	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ	☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....	
การห้ามเลือด	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ	☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....	
การตามกระดูก	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ	☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....	
ชื่อผู้ประเมิน.....	ตำแหน่ง	☐ แพทย์	☐ พยาบาล		

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	☐ นอน	☐ ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาที่/ในโรงพยาบาล.....วัน	☐ ทุเลา	☐ รักษาต่อที่อื่น
	☐ รักษาเกินวันสิ้นเดือน	☐ เสียชีวิตในโรงพยาบาล
☐ ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ	☐ กลับไปดวยบ้าน	☐ ตามแล้วไม่ทราบผล (ส่งชื่อผู้ติดตาม).....
		วันที่ติดตาม.....

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่ศูนย์เอร์ว่าดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป