

1. หน่วยบริการ

ปฏิบัติหน้าที่

พื้นที่ (zone).....	วันที่.....	เลขที่ปฏิบัติงานของศูนย์.....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ.....	1.....	รหัส.....
ผลการปฏิบัติงาน.....	3.....	รหัส.....
	ไม่พบเหตุแจ้ง.....	4.....
		รหัส.....
		เลขรหัส.....

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				นาที		
เลข กม.					ระยะทางกลับ.....กม.		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.				ระยะไป รพ.....กม.		

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....	อายุ.....ปี	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง 30 บาท ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ ☐ อื่นๆ ☐ เลขบัตรประชาชน.....		
การประเมินระดับความรู้สึก GCS		
Eye movement (4)	Motor (6)	เวลา
Verbal (5)	Total (15)	Pulse
Pupils:		BP.
Lt Eye	mm	RR.
Rt Eye	mm	Temp
Trauma: ☐ Laceration ☐ Contusion ☐ Gun Shot ☐ Stab wound ☐ Haematoma ☐ Cut ☐ Abrasion ☐ Int/Haemorrhage ☐ Ext/Stopped ☐ Ext/Active ☐ Spine ☐ Pelvis ☐ Skull ☐ Ent ☐ Clavicle/Rib ☐ Lower Extr. ☐ Upper Extr. ☐ Maxillofacial ☐ Chest ☐ Abdomen ☐ Pelvis/Extr ☐ External ☐ Multiple inj ☐ Spine ☐ Head/neck ☐ Face		
Non trauma: ☐ Digestive ☐ Endocrine ☐ Rheumato ☐ Neuro ☐ Cardio-vasc ☐ Respiratory ☐ Ac psychosis ☐ Poisoning ☐ Bleeding per Vagina ☐ Ectopic pregnancy ☐ Rape ☐ Labour pain ☐ Child birth ☐ Pyrexia ☐ Diarrhea ☐ Convulsion ☐ Dyspnea ☐ Bone pain ☐ Malignancy ☐ Glaucoma ☐ FB in Eye ☐ FB in Ear ☐ FB in nose ☐ FB in Larynx ☐ FB in Pharynx ☐ Neuralgia ☐ Others ☐ Malignancy with pain ☐ Malignancy with Bleeding ☐ Ac abdomen ☐ Bleeding per rectum ☐ UGI Bleeding ☐ Ac Retention urine ☐ TMJ dislocate		
Treatment: ☐ No ☐ Clear airway ☐ Mouth gag ☐ O ₂ canula/mask ☐ Ambu bag ☐ ET ☐ Respirator ☐ Suction ☐ P.M. ☐ No ☐ Pressure Dressing ☐ Manual Pressure ☐ Others ☐ No ☐ 5% D/W ☐ NSS ☐ 5% D/NSS ☐ 5% DN/2 ☐ RLS ☐ Others..... Rate..... ☐ No ☐ Yes ☐ Scoop ☐ Long Spinal Board ☐ No ☐ Yes ☐ Defibrillation		
ความรุนแรง ☐ Non urgent ☐ Urgent ☐ Emergent		
ขา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ)..... การวินิจฉัย (ระบุอวัยวะ)..... ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ☐ ไม่ยอมให้รักษา ☐ ไม่มี ☐ ทูเลา ☐ คงเดิม/คงที่ ☐ ทรมานหนัก ☐ เป็นการช่วยชีวิต (มีอันตรายได้) ☐ เสียชีวิต ☐ เสียชีวิตขณะนำส่ง		

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าหน่วยและผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล.....	เวลา.....	☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน
เหตุผล ☐ เหมาะสม/สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		☐ EMT ☐ อื่นๆ.....
ผู้ส่งรายงาน.....	รหัส.....	☐ แพทย์ ☐ พยาบาล

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน.....	ระดับความรุนแรง ☐ Non urgent ☐ Urgent ☐ Emergent
ทางเดินหายใจ ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การห้ามเลือด ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การให้สารน้ำ ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การควบคุมกระดูก ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
ชื่อผู้ประเมิน.....	ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล	

5. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ระยะเวลาการรักษาที่/ใน โรงพยาบาล.....วัน	☐ หายป่วยปกติ ☐ ทูเลา ☐ รักษาต่อที่อื่น ☐ รักษาเกินวันสิ้นเดือน ☐ เสียชีวิตใน รพ. ☐ กลับไปตายบ้าน
--	---