

แบบรายการเตรียมอุปกรณ์สำหรับ รับ-ส่งผู้ป่วย

(รพ.....)

รับ ส่ง ชื่อผู้ป่วย เพศ.....อายุ.....ปี HN.....

รับแจ้งเวลา.....วันที่รับแจ้ง.....ผู้แจ้งชื่อ.....หน่วยงาน.....

วันที่รับ/ส่งผู้ป่วย.....เวลา.....น.โรงพยาบาลที่ไปรับ/ส่งผู้ป่วย.....

ใช้รถพยาบาล หมายเลข.....คนขับชื่อ.....O₂ ถังใหญ่มี.....ปอนด์

อุปกรณ์ที่ต้องการ

อุปกรณ์ที่ต้องการใช้	สำหรับ จนท. EMS.		สำหรับพยาบาล ที่ไปกับรถ		หมายเหตุ
	ไป	กลับ	ไป	กลับ	
<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)					
<input type="checkbox"/> เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) Battery + สาย EKG					
<input type="checkbox"/> Bedside monitor					
<input type="checkbox"/> O ₂ ถังเล็ก สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย					
<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ (Suction)					
<input type="checkbox"/> AMBU BAG					
<input type="checkbox"/> กระเป๋า (Airway Management)					
<input type="checkbox"/> กล่องยา CPR					
<input type="checkbox"/> นาฬิกา ดิจิตอล					
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ เพิ่มเติม					
-					
-					

ลงชื่อเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ผู้เตรียมอุปกรณ์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

พยาบาล Commander.....

แบบบันทึกการรับ-ส่งผู้ป่วย

ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย(รพ.....โทร.....)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

Dx.....HN.....สิทธิ.....

พยาบาลผู้รับ-ส่ง.....ประจำหน่วยงาน.....โทร.....

Atten toโทร.....

วันที่.....เวลา.....ได้นำผู้ป่วยจาก รพ.....ตึก/หอ.....อาคาร.....ชั้น.....

วันที่.....เวลา.....ได้นำผู้ป่วยจาก รพ.....ตึก/หอ.....อาคาร.....ชั้น.....

อุปกรณ์ที่ต้องนำไปด้วย ๑. เครื่องช่วยหายใจ ๒. กระเป๋า airwaymanagement ๓. Bedside monitor ๔. O₂ mobile ๕. Suction

๖. Ambu (เด็ก-ผู้ใหญ่) ๗. Crib/incubator (ตู้อบเด็ก) ๘. Infusion pump ๙. กล้องยา CPR ๑๐.defibrillator

๑๑. เสื้อผ้า (หมวดรถยนต์) ๑๒. อื่น ๆ

(.....) แจ้งหมวดรถยนต์แล้ว (คุณ..... เบอร์โทร.) เวลา.....

(.....) แจ้งศูนย์เคลื่อนย้ายแล้ว (คุณ..... เบอร์โทร.) เวลา.....

(.....) แจ้งหน่วยแพทย์ตรวจสอบความพร้อมแล้ว (คุณ..... เบอร์โทร.) เวลา.....

เวลา	BP	P	R	GCS (E,V,M)	O ₂ sat	Nurse note	ผู้บันทึก

มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้าย ดังนี้

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| ๑. ไม่มี | ๘. hypothermia (T<๓๖.๕) | ๑๕. มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่วิกฤติ |
| ๒. เกิด cardiac arrest ขณะส่งต่อ | ๙. hyperthermia (T>๓๗.๕) | ๑๖. มีการเปลี่ยนแปลงระดับกำลังกล้ามเนื้อ |
| ๓. Cardiac failure | ๑๐. hypoglycemia | ๑๗. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก |
| ๔. Hypovolemic shock | ๑๑. hyperglycemia | ๑๘. Coma score ลดลงจากเป็น..... |
| ๕. Cardiogenic shock | ๑๒. pulmonary edema | ๑๙. คลอดระหว่างส่งต่อวันที่เวลา..... |
| ๖. RE-MI | ๑๓. pneumothorax | ๒๐. การมีเลือดออกซ้ำ (rebleeding) |
| ๗. Dislocation of ETT. | ๑๔. Eclampsia | ๒๑. อื่น ๆ |

หมายเหตุ

.....

.....

ใบแจ้ง ER/OPD เรื่องการรับ Refer (รพ.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
สิทธิ..... ของ.....

Dx.....

อาการ.....

รับติดต่อ จาก รพ..... คุณ..... โทร.....

สาเหตุที่ส่ง.....

แพทย์ผู้รับ..... รับผู้ป่วยที่.....

หมายเหตุ.....

ผู้ประสานงาน..... (ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย) ผู้รับเรื่องของ ER/OPD.....

ใบแจ้ง ER/OPD เรื่องการรับ Refer (รพ.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
สิทธิ..... ของ.....

Dx.....

อาการ.....

รับติดต่อ จาก รพ..... คุณ..... โทร.....

สาเหตุที่ส่ง.....

แพทย์ผู้รับ..... รับผู้ป่วยที่.....

หมายเหตุ.....

ผู้ประสานงาน..... (ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย) ผู้รับเรื่องของ ER/OPD.....

ใบแจ้ง ER/OPD เรื่องการรับ Refer (รพ.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
สิทธิ..... ของ.....

Dx.....

อาการ.....

รับติดต่อ จาก รพ..... คุณ..... โทร.....

สาเหตุที่ส่ง.....

แพทย์ผู้รับ..... รับผู้ป่วยที่.....

หมายเหตุ.....

ผู้ประสานงาน..... (ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย) ผู้รับเรื่องของ ER/OPD.....

แบบลงทะเบียนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		สิทธิการรักษา			
			<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....	<input type="checkbox"/> ปกส. รพ.....	<input type="checkbox"/> ตสภ.รพ.....	<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....
	อายุ	HN.	<input type="checkbox"/> ตสภ.รพ.....	<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....	<input type="checkbox"/> สิทธิว่าง	
	รพ.		<input type="checkbox"/> ปกส. รพ.....	<input type="checkbox"/> สิทธิว่าง		
ประเภท	ผู้ติดต่อ		<input type="checkbox"/> สิทธิต่างดาว	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ		
	โทร.		ID <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
รับ <input type="checkbox"/>	หอผู้ป่วย		กรณี รพ.ส่งผู้ป่วยหอผู้ป่วย.....		โทร.....	
	การติดต่อ					
ส่ง <input type="checkbox"/>			กลุ่มโรค		ระบุ	
	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ		<input type="checkbox"/> เด็กคลอดก่อนกำหนด	แผนก	การวินิจฉัย	
เริ่มเวลา	<input type="checkbox"/> วิกฤตฉุกเฉิน		<input type="checkbox"/> ศัลยกรรมประสาท			
	<input type="checkbox"/> มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด		<input type="checkbox"/> หลอดเลือดหัวใจ			
สิ้นสุด	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ		ICD ๑๐ =			
	อาการและอาการแสดง					
เตียง						
	ปัญหาและอุปสรรค					
	รับ	ไม่รับ	เหตุผล	เหตุผล ขอ Refer	แพทย์	ผู้ประสาน ER =
						หอผู้ป่วย =

แบบลงทะเบียนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		สิทธิการรักษา			
			<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....	<input type="checkbox"/> ปกส. รพ.....	<input type="checkbox"/> ตสภ.รพ.....	<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....
	อายุ	HN.	<input type="checkbox"/> ตสภ.รพ.....	<input type="checkbox"/> บัตรทอง รพ.....	<input type="checkbox"/> สิทธิว่าง	
	รพ.		<input type="checkbox"/> ปกส. รพ.....	<input type="checkbox"/> สิทธิว่าง		
ประเภท	ผู้ติดต่อ		<input type="checkbox"/> สิทธิต่างดาว	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ		
	โทร.		ID <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
รับ <input type="checkbox"/>	หอผู้ป่วย		กรณี รพ.ส่งผู้ป่วยหอผู้ป่วย.....		โทร.....	
	การติดต่อ					
ส่ง <input type="checkbox"/>			กลุ่มโรค		ระบุ	
	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ		<input type="checkbox"/> เด็กคลอดก่อนกำหนด	แผนก	การวินิจฉัย	
เริ่มเวลา	<input type="checkbox"/> วิกฤตฉุกเฉิน		<input type="checkbox"/> ศัลยกรรมประสาท			
	<input type="checkbox"/> มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด		<input type="checkbox"/> หลอดเลือดหัวใจ			
สิ้นสุด	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ		ICD ๑๐ =			
	อาการและอาการแสดง					
เตียง						
	ปัญหาและอุปสรรค					
	รับ	ไม่รับ	เหตุผล	เหตุผล ขอ Refer	แพทย์	ผู้ประสาน ER =
						หอผู้ป่วย =

ใบนำส่งโทรสาร

ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Refer) โรงพยาบาล.....

โทร.....โทรสาร.....

หมายเลขโทรสารปลายทาง

วันที่.....

เรื่อง.....

เรียน.....

ข้อความ.....

หมายเหตุ : กรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อกลับที่ โทร.....

หรือ หอผู้ป่วย..... โทร.....

เอกสารที่ส่งมา.....แผ่น (รวมแผ่นนี้)

ลงชื่อ.....

(.....)

ขออนุญาตใช้รถพยาบาล

โรงพยาบาล.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรียน (ผู้มีอำนาจสั่งใช้รถ).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตใช้รถ (ไปสถานที่ใด).....

เพื่อ.....

ในวันที่.....จากเวลา.....น. ถึงเวลา.....น. ชื่อผู้ป่วย.....

หอผู้ป่วย..... พิเศษ สามัญ ประกันสังคม ประกันสุขภาพ โทรศัพท์.....

สถานที่.....ประเภทรถ นอน นั่ง

อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องการเพิ่ม.....

กรณีขออนุเคราะห์ยกเว้น/ค่าบริการเนื่องจาก

(ลงนามผู้มีอำนาจขออนุเคราะห์ยกเว้นค่าบริการ).....

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....จำนวน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

หมายเลขทะเบียนรถ.....ผู้ขออนุญาต

พนักงานขับรถยนต์.....ผอ.รพ...../รองผอ.รพ.....

ผู้ควบคุมรถ.....หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหอผู้ป่วย

.....(วัน/เดือน/ปี)

(ลงนามผู้มีอำนาจสั่งใช้รถ).....

...../...../.....

แบบสำหรับรับ-ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

(รพ.....)

หน่วยงานที่ส่ง..... ส่งถึง.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ

ชื่อ-สกุล () นาย () นาง () น.ส. () ด.ช. () ด.ญ. อายุ.....ปีเดือน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.....

การวินิจฉัยโรคขั้นต้น
ประวัติ.....
.....
.....

อาการ.....
.....
.....

ผลการตรวจขั้นสุดทางห้องทดลอง.....
.....
.....

การรักษาที่ให้ไว้แล้ว.....
.....
.....

ความต้องการในการส่งต่อครั้งนี้.....
.....

หมายเหตุ ถ้าเป็นโรคติดต่อ () แจ้งความแล้ว () ยังไม่ได้แจ้งความ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและกรุณาดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

ชื่อผู้ส่ง.....

(.....)

วันที่

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยมาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดเพื่อทราบ ดังนี้

- (๑) ผลการขั้นสุดที่สำคัญ
- (๒) การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย
- (๓) การรักษา ที่ให้.....
- (๔) ขอให้ดำเนินการต่อ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....
เวลา.....
แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่
โรงพยาบาล..... ส่งตรวจคลินิก.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง น.ส. ด.ช. ด.ญ. ยศ..... หมู่เลือด.....
ชื่อ-สกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน
วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....สถานภาพ โสด คู่ หย่า หม้าย แยก
ชื่อ-สกุล บิดา.....มารดา.....
ชื่อ-สกุล คู่สมรส

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่ทำงาน บริษัท เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อ.....ความสัมพันธ์.....
 ที่เดียวกัน โทร.
 ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

ชื่อผู้ช้ประวัติ.....เวลา.....ชื่อผู้พิมพ์ประวัติ.....เวลา.....

สิทธิในการรักษาพยาบาล

- ชำระเงินเอง
- ประกันสุขภาพ
เลขที่ Model..... วันที่ออกบัตร...../...../.....
โรงพยาบาลหลัก.....โรงพยาบาลรอง.....
- ประกันสังคม
 โรงพยาบาล.....
 โรงพยาบาล
เลขที่ วันที่ออกบัตร...../...../..... วันที่สิ้นสุด...../...../.....
- ต้นสังกัด
 โรงพยาบาล..... อื่น ๆ
หน่วยงานต้นสังกัด.....
ชื่อเจ้าของต้นสังกัด.....
ตำแหน่งเจ้าของต้นสังกัด.....
ผู้ป่วยเป็น.....กับเจ้าของต้นสังกัด
- เก็บเงินที่
เลขที่หนังสือส่งตัว.....วันที่ออกหนังสือส่งตัว...../...../.....

