

สั่งการพื้นที่โซน.....หน่วยบริการ.....ปฏิบัติการที่.....

1. ข้อมูลทั่วไป

วันที่..... เลขปฏิบัติการของศูนย์.....
 รับแจ้งเหตุจาก ประชาชนทาง 1646 ประชาชนหมายเลข 199 วิทยุสื่อสารประชาชน เครือข่ายอื่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ
 ประชาชนทางโทรศัพท์พื้นฐาน 1669 หน่วยบริการ EMS อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่กู้ภัย อื่นๆ.....
 ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ..... โทรศัพท์/ความถี่วิทยุ.....
 สถานที่เกิดเหตุ..... พื้นที่ (zone).....
 หมายเลข.....

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ประเภทของเหตุการณ์

| บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | ป่วยฉุกเฉิน (ระบุอาการ) | ภัยพิบัติ |
|--|-------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถ <input type="checkbox"/> พลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> ทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> ถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ตกน้ำ <input type="checkbox"/> ไฟฟ้าดูด <input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากสิ่งของ <input type="checkbox"/> ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก <input type="checkbox"/> จากการทำงาน <input type="checkbox"/> ตกจากที่สูง <input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากสัตว์ <input type="checkbox"/> ได้รับสารพิษ | | <input type="checkbox"/> ภัยธรรมชาติ <input type="checkbox"/> อัคคีภัย <input type="checkbox"/> ดึกถล่ม <input type="checkbox"/> ระเบิด <input type="checkbox"/> สารเคมี วัตถุอันตราย <input type="checkbox"/> ภัยอื่น ๆ..... |

4. อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง

| ระดับสูง | ระดับพื้นฐาน |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> หอบรุนแรง <input type="checkbox"/> กระตุกหักแผลเปิด <input type="checkbox"/> ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถติดภายในรถ <input type="checkbox"/> หหมดสติกะทันหัน <input type="checkbox"/> บาดเจ็บกระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอกรุนแรง <input type="checkbox"/> บาดเจ็บตกเลือดภายใน <input type="checkbox"/> หายุดหยาใจ <input type="checkbox"/> ตกที่สูงมากกว่า 5 เมตร <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากรถรุนแรงความเร็วสูง <input type="checkbox"/> ไกล่คตลอด, คลอดฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เหตุความเสี่ยงสูง..... | <input type="checkbox"/> หอบเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ติดภายในแต่ออกเองได้ <input type="checkbox"/> ใช้ทุกระดับ <input type="checkbox"/> มือเท้า แขน ขาท่อนล่าง ไหลบราหัก แผลเปิด <input type="checkbox"/> ซึม สลึมสลือ <input type="checkbox"/> เลือดออกภายนอก ห้ามเลือดได้ <input type="checkbox"/> เจ็บปวด ทั่วไป <input type="checkbox"/> ตกที่สูงต่ำกว่า 5 เมตร <input type="checkbox"/> หหมดสติ ปลูกตีน <input type="checkbox"/> เจ็บครรภ์ระยะแรก <input type="checkbox"/> บาดเจ็บเล็กน้อย <input type="checkbox"/> อาละวาด <input type="checkbox"/> เหตุความรุนแรงต่ำ..... |

5. การสั่งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)

ชื่อหน่วยบริการ..... ระดับ สูง กลาง พื้นฐาน นำส่งที่โรงพยาบาล..... รพ.รัฐ รพ.เอกชน
 เกณฑ์การรับผู้ป่วย สามารถรักษาได้ อยู่ใกล้ มีหลักประกัน ผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 การติดต่อสื่อสารกับ รพ.ที่รับผู้ป่วย แจ้งทางวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ ไม่ได้แจ้ง
 เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ แพทย์..... พยาบาล..... เจ้าหน้าที่สื่อสาร 1..... เจ้าหน้าที่สื่อสาร 2..... เจ้าหน้าที่ข้อมูล.....
 เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ แพทย์..... พยาบาล..... เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 1..... เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 2..... เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 3.....

6. การปฏิบัติการ

| มีการรักษา | ไม่มีการรักษา |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รักษา และ นำส่ง <input type="checkbox"/> รักษา ไม่นำส่ง <input type="checkbox"/> รักษา และ เสียชีวิต <input type="checkbox"/> รักษา และ เสียชีวิตระหว่างนำส่ง | <input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตก่อนไปถึง |

กรุณาส่งกลับภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก
 ลงนาม.....ผู้รับรอง (แพทย์หรือพยาบาล)