

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

พื้นที่โซน.....	สน.....	เลขที่ปฏิบัติการของคุณ.....	วันที่.....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	1..... รหัส.....	2..... รหัส.....	รหัส.....
	3..... รหัส.....	4..... รหัส.....	รหัส.....
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ในพื้นที่ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
สิทธิการรักษา	<input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	<input type="checkbox"/> บัตรทอง
	<input type="checkbox"/> ประกันอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติไม่มีประกัน
	<input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ	<input type="checkbox"/> เลขบัตรประชาชน.....
<b>สภาพผู้ป่วย</b>		
ประเภทผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน
สัญญาณชีพ เวลา.....น.	ชีพจร.....ครั้ง/นาที	หายใจ.....ครั้ง/นาที
	ความดันโลหิต.....mm.Hg	
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี	<input type="checkbox"/> ซึม
	<input type="checkbox"/> ไม่มีสติ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เร็ว
	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มีบาดแผล	<input type="checkbox"/> แผลถลอก
	<input type="checkbox"/> ฉีกขาด/ตัด	<input type="checkbox"/> ฟกช้ำ
	<input type="checkbox"/> แผลไหม้	<input type="checkbox"/> ถูกยิง
	<input type="checkbox"/> ถูกแทง	<input type="checkbox"/> อวัยวะตัดขาด
กระดูกหัก	<input type="checkbox"/> ไม่มีกระดูกหัก	<input type="checkbox"/> ข้อเคลื่อน/ข้อหลุด
	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> เชิงกราน
	<input type="checkbox"/> ศีรษะ	<input type="checkbox"/> หน้าอก
	<input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> คอ/หลัง
	<input type="checkbox"/> แขนท่อนบน	<input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง
	<input type="checkbox"/> ขาท่อนบน	<input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง
<b>การช่วยเหลือ</b>		
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ
	<input type="checkbox"/> ใส่ Oral airway	<input type="checkbox"/> ให้ O <sub>2</sub> Canula/mask
	<input type="checkbox"/> AMBU	<input type="checkbox"/> Packet Mask
บาดแผล/ห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> กดห้ามเลือด
	<input type="checkbox"/> ทำแผล	
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เฝือกกลม/ไม้ดาม
	<input type="checkbox"/> เฝือกตามคอและกระดานรองหลังยาว	<input type="checkbox"/> เฝือกหลังและคอ (KED)
ช่วยฟื้นคืนชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำ
	<input type="checkbox"/> เครื่องกระตุกหัวใจ (AED)	
ผลการรักษาขั้นต้น	<input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา	<input type="checkbox"/> ทูลา
	<input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่	<input type="checkbox"/> ทรุดหนัก
	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	<input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล.....	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ	<input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล	<input type="checkbox"/> เหมาะสม/สามารถรักษาได้	<input type="checkbox"/> อยู่ใกล้
	<input type="checkbox"/> มีหลักประกัน	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า
	<input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้ส่งรายงาน.....	ผู้ช่วยเหลือคนใช้	รหัส.....(ในระบบ Bangkok EMS)

5. การประเมินการนำส่ง ( โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัย.....	ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergent
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ
	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ
	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ
	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสมระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน.....	ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> นอน	<input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาที่ในโรงพยาบาล.....วัน	<input type="checkbox"/> ทูลา	<input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น
	<input type="checkbox"/> รักษาเกินวันสิ้นเดือน	<input type="checkbox"/> เสียชีวิตในโรงพยาบาล
<input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ	<input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน	<input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล (ลงชื่อผู้ติดตาม).....วันที่ติดตาม.....