

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย... 49

ชื่อหน่วยบริการ มท. โคนนา วันที่ 3 ต.ค. 63 ปฏิบัติการที่ 6302 4001 0286  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. นายสมชาย วิชาญ 2. นายสมชาย วิชาญ 3. นายสมชาย วิชาญ รหัส .....  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 59 ซ. น. 1. โคนนา รหัส .....  
0. โคนนา 1. โคนนา อาการ .....

2. ข้อมูลเวลา

เวลา (น.)	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
	..... น.	<u>08.57</u> น.	<u>08.59</u> น.	<u>08.11</u> น.	<u>08.12</u> น.	<u>08.55</u> น.	<u>09.20</u> น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที				..... นาที		
เลข กม.	<u>36817A</u>		<u>36817B</u>		<u>368187</u>		<u>368196</u>
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				รวมระยะทางกลับ..... กม.		
	รวมระยะทางไป..... กม.				รวมระยะทางกลับ..... กม.		

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นางสาว วิชาญ อายุ 61 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 3 6009 00992 61 9  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ข้าราชการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  ประกันชีวิต  ผู้ประสบภัยจากรถ เลขทะเบียนรถ.....  
 สภาพผู้ป่วย  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  ป่วยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม หมดสติปลุกตื่น หมดสติปลุกไม่ตื่น  เอะอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล แผลถลอก ฉีกขาด/ตึก แผลฟกช้ำ แผลไหม้ ถูกยิง ถูกแทง อวัยวะขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก ข้อเคลือบ บาดเจ็บกล้ามเนื้อ ศีรษะ ใบหน้า แขนท่อนบน ขาท่อนบน  
ข้อหลุด เชิงกราน หน้าอก คอ/หลัง แขนท่อนล่าง ขาท่อนล่าง  
 การช่วยเหลือ  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ให้ออกซิเจน 02 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ท่วมแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เต็มตาม/ไม่ตาม  เต็มตามคอและกระดูกหลังยาว  เต็มหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูเลา  คงเดิม/คงที่  ทรุดหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของคุณย)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* โคนนา  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล  เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน นายสมชาย วิชาญ

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN\* 2008 การวินิจฉัยโรค Stroke  
 ระดับความรุนแรง  แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน ..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ .....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  ทูเลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปตายบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย..... 61

ชื่อหน่วยบริการ รพ. โกลบอล วันที่ 25 ม.ค. 2563 ปฏิบัติการที่ 6301-3002-3101  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. อ. อรรชกา ภิรัตน์พงศ์ รหัส..... 2. อ. วรช ภิรัตน์พงศ์ รหัส.....  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 112.14. ลาน 100 ร. ลาน 100 อ. 1/2/พ รหัส.....  
 อาการ ไม่พบ 001/พ

2. ข้อมูลเวลา ม.ค. 2563 นม.

	รับแจ้ง	ส่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	<u>09.23. น.</u>	<u>09.24. น.</u>	<u>09.28. น.</u>	<u>09.30. น.</u>	<u>09.45. น.</u>	<u>10.10. น.</u>
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที			..... นาที			
เลข กม.	<u>367716</u>			<u>367719</u>			
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป <u>3</u> กม.			รวมระยะทางกลับ <u>10</u> กม.			
	รวมระยะทางไป <u>3</u> กม.			รวมระยะทางกลับ <u>10</u> กม.			

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* นาย สมพร วงศ์สันธิ อายุ 56 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 33 00900298746  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ชำรภาพการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....  
 สภาพผู้ป่วย  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  บัญชีฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  หกสติปลุกคืน  หกสติปลุกไม่คืน  เอะอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/คัด  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะคัดขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลือบ  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  สีระชะ  โบทัน  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เขียงกราม  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง  
 การช่วยเหลือ  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Orat airway  ให้ออกซิเจน 02 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  กาวกดห้ามเลือด  ผ้าแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เข็มกลด/ไม้ตาม  เข็มสอดคอและกระดูกหลังขงยาว  เข็มสอดหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุกหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  พูลา  คงเดิม/คงที่  หรดหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* ไม่ส่ง  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล  เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน อ. อรรชกา ภิรัตน์พงศ์ รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 127581 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  พูลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปดวยบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย..... 228

ชื่อหน่วยบริการ ทต. 123456789 วันที่ 20 มี.ค. 63 ปฏิบัติการที่ 63013001 2764  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. นายสมชาย ใจดี รหัส 63013001 2764 2. นายวิชัย ใจดี รหัส 63013001 2764  
 3. นายวิชัย ใจดี รหัส 63013001 2764 4. นายวิชัย ใจดี รหัส 63013001 2764  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 25/9 ม.มิตรธานี ร.ราชพฤกษ์  
จ.นครราชสีมา อาคาร 1.นต.๑๐๐.๑.๑๖๕.

2. ข้อมูลเวลา ห.ค 1909 นม

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	<u>19.18</u> น.	<u>19.20</u> น.	<u>19.25</u> น.	<u>19.30</u> น.	<u>19.40</u> น.	<u>20.30</u> น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที			..... นาที		..... นาที	
เลข กม.	<u>367340</u>		<u>367349</u>		<u>367357</u>		<u>367367</u>
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป <u>3</u> กม.			รวมระยะทางกลับ <u>10</u> กม.		รวมระยะทางไป <u>10</u> กม.	

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* นางวิไล นวลทอง อายุ 80 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 3300910911601  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ข้าราชการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....  
**สภาพผู้ป่วย**  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  ป่วยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  หมกลีบตปิด  หมกลีบตปิดไม่เต็ม  เอะอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ขีด  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะตัดขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลือบ  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  สिरขะ  ใบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เขียงราน  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง  
**การช่วยเหลือ**  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ให้ออกซิเจน 02 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ท่วมแผล  
 การควบคุมการหายใจ  ไม่  เฝือกลม/ไม้ค้ำ  เฝือกตามคอและกระดูกซี่โครงหลังยาว  เฝือกหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูเลา  คงเดิม/คงที่  ทรมานหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของคุณ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* สมิติเวช  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล  เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อายุใกล้  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน นายสมชาย ใจดี รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 26676 การวินิจฉัยโรค AMI  
 ระดับความรุนแรง  แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การควบคุมการหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน สมิติเวช ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่นๆ.....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  ทูเลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาจนวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปตายบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย 70

ชื่อหน่วยบริการ ก.ศ. โคตหลวง วันที่ 15 มกราคม 63 ปี ปฏิบัติการที่ 6301 3009 0015  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. ร.ต. โคตหลวง 2. ร.ต. รสสว.น. โคตหลวง  
 3. ร.ต. รสว.น. โคตหลวง  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 006 ร.ว. 1 โคต 01 สว 000 อ.โคตหลวง จ.ยโสธร  
 อาการ ภาวะช็อค (หัวใจ) ไต

2. ข้อมูลเวลา

ช.ร. 1909 ช.ร.

รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ. 1 <sup>o</sup>	ถึงฐาน
เวลา (น.)	09.31.น.	09.32.น.	09.35.น.	09.40.น.	09.30.น.	09.15.น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที			00 นาที	15 นาที	
เลข กม.	366999		367004	367015	367005	
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป 5 กม.			รวมระยะทางกลับ 10 กม.		
	รวมระยะทางไป 11 กม.					

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* 700 ลิ้นแทง ทอ 00 รสว อายุ 59 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 3 3009 00996 1 1 1  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ข้าราชการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....  
 สภาพผู้ป่วย  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  ป่วยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  หมตสติปลุกตื่น  หมตสติปลุกไม่ตื่น  เตะอวยววย  
 การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ขีด  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลือบ  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  สิวระ  ไบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เขียงกราม  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง  
 การช่วยเหลือ  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Orat airway  ให้ O2 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผลห้ามเลือด  ไม่  กวักค้ำห้ามเลือด  ท้าแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เทือกลม/ไม้ค้ำ  เทือกตามคอและกระดูกหลังยาว  เทือกหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูลเอา  คงเดิม/คงที่  ทรมหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* 18603  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล / เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน ร.ต. โคตหลวง 3005 วันที่ .....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 18603 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การควบคุมกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน 95500 ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ .....

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  ทูลเอา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปตายบ้าน  ความแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ ๓๓๓ โกลบอล เอ

เลขที่ผู้ป่วย 46

ชื่อหน่วยบริการ	วันที่ <u>10 ธ.ค. 65</u>	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	1. <u>นาย วิเศษ กอสมพภาพ</u> รหัส	2. <u>นาย สรวิชญ์ ชูหมั่นทิพย์</u> รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	3. <u>ไม่พบเหตุ</u> รหัส	4. <u>พบเหตุ</u> รหัส
<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ <u>95/1 ม.3 ม.จ.บ. ต.ศาลาลัย อ.เมือง จ.นม.</u>		อาการ <u>(-) (๑๖.๑๕ น.)</u>

2. ข้อมูลเวลา ๓๓.๓๐๐๓ นม.จ.

เวลา (น.)	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากรูฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงรฐาน
	<u>08.51</u> น.	<u>08.51</u> น.	<u>08.52</u> น.	<u>08.56</u> น.	<u>09.57</u> น.	<u>09.19</u> น.	<u>09.10</u> น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที			..... นาที			
เลข กม.	<u>366799</u>	<u>366799</u>	<u>366906</u>	<u>366916</u>			
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป <u>๖</u> กม.			รวมระยะทางกลับ <u>10</u> กม.			
	รวมระยะทางไป <u>1A</u> กม.						

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย* <u>๓.๓. ผู้ป่วยตก แม่น้ำทะเล</u>	อายุ <u>๖</u> ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ เลขทะเบียนรถ.....
เลขบัตรประชาชน* <u>1500901943969</u>	สิทธิการรักษา <input checked="" type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวเงินเหมา <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน		
สภาพผู้ป่วย			
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน			
ความรู้สึกตัว <input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หมตสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หมตสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะไวววย			
การหายใจ <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ชั่ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ			
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มีบาดแผล <input type="checkbox"/> แผลถลอก <input type="checkbox"/> ฉีกขาด/ขีด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะติดขาด			
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่มีกระดูกหัก <input type="checkbox"/> ข้อเคลือบ <input type="checkbox"/> บาดเจ็บกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> แขนท่อนบน <input type="checkbox"/> ขาท่อนบน			
	<input type="checkbox"/> ข้อหลุด <input type="checkbox"/> เจ็บกราม <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> คอ/หลัง <input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง		
การช่วยเหลือ			
ทางเดินหายใจ/การหายใจ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ใส่ Oral airway <input type="checkbox"/> ให้ออกซิเจน 02 Canula/mask <input type="checkbox"/> Ambu bag <input type="checkbox"/> Pocket Mask			
บาดแผลห้ามเลือด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทาแผล			
การตามกระดูก <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ผิวกลม/ไม้ตาม <input type="checkbox"/> ผิวกลมคอกและกระดูกของหลังยาว <input type="checkbox"/> ผิวกลมหลังและคอ (KED)			
ช่วยฟื้นคืนชีพ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> เครื่องกระตุกหัวใจ (AED)			
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทูลลา <input checked="" type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรมหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ขณะนำส่ง			

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล* <u>พญ.วิเศษ</u>	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <u>เหนื่อย/สามารถรักษาได้</u>	<input checked="" type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
ผู้ส่งรายงาน <u>๓๓๓ PRO</u>	รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN* <u>116399</u>	การวินิจฉัยโรค.....
ระดับความรุนแรง	<input type="checkbox"/> แดง (วิกฤติ) <input type="checkbox"/> เหลือง (เร่งด่วน) <input checked="" type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) <input type="checkbox"/> ขาว (ทั่วไป) <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน.....	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> นอน <input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน <input type="checkbox"/> ทูลลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> รักษาเกินวันสิ้นเดือน <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนักกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปค่ายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย 150

ชื่อหน่วยบริการ รพ. รามคำแหง วันที่ 12 ธันวาคม 62 ปฏิบัติการที่ B212 3001 1602  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. นางพนพรสุด วัฒนวิท รหัส .....  
 2. นายศานนท์ วัฒนวิท รหัส .....  
 3. นายศานนท์ วัฒนวิท รหัส .....  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 129/1 ซ. 9 ม. 11 รามคำแหง ต. คลองเตย อ. คลองเตย จ. กรุงเทพฯ รหัส ..... อำเภอ หนองแขง

2. ข้อมูลเวลา

รพ. รามคำแหง

รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	<u>11.10</u> น.	<u>11.11</u> น.	<u>11.15</u> น.	<u>11.16</u> น.	<u>11.30</u> น.	<u>12.10</u> น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที		..... นาที		..... นาที	
เลข กม.	<u>564829</u>	<u>564852</u>	<u>564845</u>	<u>564856</u>		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.		รวมระยะทางกลับ.....กม.			

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* นางช่อวิมล พรหมเทียร อายุ 56 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 5 5009 00919 5 33  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ข้าราชการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักฐาน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....  
 สภาพผู้ป่วย  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  ป่วยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  หหมดสติปลุกตื่น  หหมดสติปลุกไม่ตื่น  เอะอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เสรี้ยว  ช้ำ  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ตัด  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะตัดขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลือบ  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  สิวระ  ใบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เข็มกราม  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง  
 การช่วยเหลือ  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ให้ออกซิเจน 02 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผลห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ทำแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เือกกลม/ไม้ตาม  เือกตามคอและกระดาดของหลังยาว  เือกหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูเลา  คงเดิม/คงที่  ทรมหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของคุณย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* รพ. รามคำแหง  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล  เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักฐาน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน นายศานนท์ วัฒนวิท รหัส .....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 2190 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน  ทูเลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปดวยบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย 130

ชื่อหน่วยบริการ พ.ม. ไทลิ่ง วันที่ 12.7.2022 ปฏิบัติการที่ B212 5001 1542  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. นายณัฐกร วิเศษ รหัส ..... 2. นายณัฐกร วิเศษ รหัส .....  
 3. นายณัฐกร วิเศษ รหัส .....  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ บ.บ. อ.1 ม. ล.1100 0. ไทลิ่ง ว.พ.  
 อาการ คลื่นไส้ อาเจียน

2. ข้อมูลเวลา

พ.ม. 5001 น.พ.

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	<u>19.19</u> น.	<u>19.19</u> น.	<u>19.18</u> น.	<u>19.20</u> น.	<u>19.35</u> น.	<u>19.00</u> น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที				..... นาที		
เลข กม.	<u>๖๖๕๐๑</u>		<u>๖๖๕๐๑</u>		<u>๖๖๕๑๗</u>	<u>๖๖๕๐๑</u>	
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.				รวมระยะทางกลับ.....กม.		

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* นางนงนุช วิเศษ อายุ 91 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 5 5009 00782 9 15  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ชำรภาพการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน

ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....

สภาพผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  บัญชีฉุกเฉิน

ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  นมดสติปลุกตื่น  นมดสติปลุกไม่ตื่น  ะอะโวยวาย

การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ

บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ฉีก  แผลพุงเข้า  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะขาด

กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลือบ  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  สिरະ  ใบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เข่ากราม  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ให้ O2 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask

บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ทำแผล

การตามกระดูก  ไม่  เลือกลม/ไม้ตาม  เข็มตามต่อและกระดูกของหลังยาว  เข็มหลังและคอ (KED)

ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูเลา  คงเดิม/คงที่  ทรุดหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* พ.ม. ไทลิ่ง  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล เหมาะสม สามารถรักษาได้  อยู่นอก  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน พ.ม. ไทลิ่ง รหัส .....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 11469 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)

ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....

การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....

การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....

ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ.....

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  ทุเลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปดวยบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย 1bb

ชื่อหน่วยบริการ ภค. โนนไทย วันที่ 7 ธ.ค. 62 ปฏิบัติการที่ บข12 5001 0909  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. นายทศพรศักดิ์ หนูหงษ์ 2. นายอนุสรณ์ อินทร์โพธิ์  
 3. นายณัฐกร วัฒนศิริ 4. นายณัฐกร วัฒนศิริ  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ บข. 5001 น. 10191 ต. คลายู อ. โนนไทย  
 อากาศ ดี (มีลม)

2. ข้อมูลเวลา

บข. A909 นส.

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึง รพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	..... น.	<u>17.18.น.</u>	<u>17.19.น.</u>	<u>17.21.น.</u>	<u>17.23.น.</u>	<u>17.34.น.</u>	<u>18.00.น.</u>
รวมเวลา (นาที)	Response time = ..... นาที		..... นาที		..... นาที		..... นาที
เลข กม.	<u>56AA72</u>		<u>56AA74</u>		<u>56AA83</u>		<u>56AA93</u>
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.		รวมระยะทางไป.....กม.		รวมระยะทางกลับ.....กม.		รวมระยะทางกลับ.....กม.

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย\* ด.ช. พลวิทย์ ดิลก อายุ 7 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* 1 5009 04033 256  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ข้าราชการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักประกัน

ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....

สภาพผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  ป่วยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม หมดสติปลุกตื่น หมดสติปลุกไม่ตื่น เฉอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เสร  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ขีด  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะขาดขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคล็ด  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  ศีรษะ  ใบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เเชิงกราน  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เกิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ใส่ O2 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ทำแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เฝือกลม/ไม้ตาม  เฝือกตามคอและกระดาดรองหลังยาว  เฝือกหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูเลา  คงเดิม/คงที่  ทรมาน  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* โชนไทย  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล  เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักประกัน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน นายทศพรศักดิ์ หนูหงษ์ นายณัฐกร วัฒนศิริ

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 132856 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 แดง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ .....

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน  ทูเลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปตายบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ



สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย 157

ชื่อหน่วยบริการ ..... วันที่ 1 8-11 62 ปฏิบัติการที่ 6212 13,001 0061  
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. 65500 รหัส 2. ทอช รหัส .....  
 3. รหัส ..... 4. รหัส .....  
 ผลการปฏิบัติงาน  ไม่พบเหตุ  พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ 267/27/106 อาคาร 16/11/13/15/16  
 09/100

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ข้อมูลผู้ป่วย

7B 8-5 ม.ล.ว.ช.ค

ชื่อผู้ป่วย\* ทอช สมเกียรติ เด็นสินใจ อายุ 52 ปี เพศ  ชาย  หญิง  
 เลขบัตรประชาชน\* .....  
 สิทธิการรักษา  บัตรทอง  ชำรภาพการ  ประกันสังคม  แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน  ไม่มีหลักฐาน  
 ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)  
 ประกันชีวิต  
 ผู้ประสบภัยจากรถ  
 เลขทะเบียนรถ.....  
 สภาพผู้ป่วย  
 ประเภทผู้ป่วย  บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ  บัญยฉุกเฉิน  
 ความรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ซึม  หหมดสติปลุกตื่น  หหมดสติปลุกไม่ตื่น  เอะอะโวยวาย  
 การหายใจ  ปกติ  เร็ว  ช้า  ไม่สม่ำเสมอ  ไม่หายใจ  
 บาดแผล  ไม่มีบาดแผล  แผลถลอก  ฉีกขาด/ตึก  แผลฟกช้ำ  แผลไหม้  ถูกยิง  ถูกแทง  อวัยวะคัดขาด  
 กระดูกหัก  ไม่มีกระดูกหัก  ข้อเคลื่อน  บาดเจ็บกล้ามเนื้อ  ศีรษะ  ใบหน้า  แขนท่อนบน  ขาท่อนบน  
 ข้อหลุด  เขิงกราน  หน้าอก  คอ/หลัง  แขนท่อนล่าง  ขาท่อนล่าง  
 การช่วยเหลือ  
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ  ไม่  เปิดทางเดินหายใจ  ใส่ Oral airway  ให้ O2 Canula/mask  Ambu bag  Pocket Mask  
 บาดแผล/ห้ามเลือด  ไม่  การกดห้ามเลือด  ทำแผล  
 การตามกระดูก  ไม่  เมือกลม/ไม้ตาม  เมือตามคอและกระดูกทรงหลังยาว  เมือหลังและคอ (KED)  
 ช่วยฟื้นคืนชีพ  ไม่ได้ทำ  ทำ  เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)  
 ผลการดูแลรักษาขั้นต้น  ไม่ยอมให้รักษา  ทูลา  คงเดิม/คงที่  ทรมหนัก  เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ  เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล\* .....  รพ.รัฐ  รพ.เอกชน  
 เหตุผล เหมาะสม/สามารถรักษาได้  อยู่ใกล้  มีหลักฐาน  เป็นผู้ป่วยเก่า  เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ผู้ส่งรายงาน ..... รหัส .....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN\* 11803 การวินิจฉัยโรค.....  
 ระดับความรุนแรง  
 เต่ง (วิกฤติ)  เหลือง (เร่งด่วน)  เขียว (ไม่รุนแรง)  ขาว (ทั่วไป)  ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)  
 ทางเดินหายใจ  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบบ.....  
 การห้ามเลือด  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบบ.....  
 การตามกระดูก  ไม่จำเป็น  ไม่ได้ทำ  ทำและเหมาะสม  ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบบ.....  
 ชื่อผู้ประเมิน ..... ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  อื่น ๆ B.M.I.

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล  นอน  ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน  
 ระยะเวลาการรักษาใน รพ. .... วัน  ทูลา  รักษาต่อที่อื่น  รักษาเกินวันสิ้นเดือน  เสียชีวิตใน รพ.  ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ  กลับไปดวยบ้าน  ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้น ๆ