



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสาภ
ที่ ถ. 52004/- วันที่ 3 พฤษภาคม 2564

เรื่อง รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานครึ่งปีแรก (แพทช์ดูแลเดิน) ประจำเดือนตุลาคม 2564

ผู้ยื่น นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสาภ

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานครึ่งปีแรก (แพทช์ดูแลเดิน) ประจำเดือนตุลาคม 2564 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ผู้บังคับบัญชาได้รับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุบัติเหตุ จำนวน 5 ครั้ง รวมจำนวน 5 คน
2. ป่วยดูกัน จำนวน 8 ครั้ง รวมจำนวน 8 คน
3. ท้าไป/อื่นๆ จำนวน 13 ครั้ง รวมจำนวน 3 คน

} 26 ครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางลักษณ์ แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

(นายวิชัย บุญหนัก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความเห็นของปลัดเทศบาล

(นายธงชัย บุตรเดช)

ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลน้ำสาภ

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

(นายไสกณ อวิยะสุข)

นายกเทศมนตรีตำบลน้ำสาภ

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานภารกิจ (แพทย์อุகเดิน) ประจำเดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2564.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสาวย

รับ印ต์หมายเลขทะเบียน กท 1355 เลย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยดูกเดิน (ครั้ง/คน)	ทัวไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
1 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพส อุดคำเที่ยง
4 ตุลาคม 2564	10:20	1	-	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
5 ตุลาคม 2564	17:54	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพส อุดคำเที่ยง
5 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพส อุดคำเที่ยง
6 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายทรงเกศ ผลผลดุ นายพิชิต ชุมพล
7 ตุลาคม 2564	18:00	1	-	-	นายทรงเกศ ผลผลดุ นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์
8 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายทรงเกศ ผลผลดุ นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์
8 ตุลาคม 2564	20:11	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
10 ตุลาคม 2564	18:46	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
12 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายครราธุ์ เกษกษร นายวีระพส อุดคำเที่ยง
13 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์
14 ตุลาคม 2564	10:01	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
14 ตุลาคม 2564	10:30	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กระวน นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานคู่ซึพ (แพทย์ดูกัน) ประจำเดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2564.....
งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำส่าย

รายงานที่หมายเลขอذهเบียน กท 1355 เมย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยดูกัน (ครั้ง/คน)	ทัวไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
15 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กรชวน นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
17 ตุลาคม 2564	13:17	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
19 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
20 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กรชวน นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
21 ตุลาคม 2564	14:14	-	1	-	นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์ นายณัฐพงษ์ กรชวน
22 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์ นายณัฐพงษ์ กรชวน
25 ตุลาคม 2564	13:09	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
26 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายณัฐพงษ์ กรชวน นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
26 ตุลาคม 2564	13:24	-	1	-	นายณัฐพงษ์ กรชวน นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์
27 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายวีระพงษ์ วีไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์ นายณัฐพงษ์ กรชวน
29 ตุลาคม 2564	00:07	1	-	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
29 ตุลาคม 2564	-	-	-	1	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
30 ตุลาคม 2564	07:12	-	1	-	นายพิชิต ชุมพล นายศรารุธ เกษกธรรม นายวีระพล อุดคำเที่ยง
รวม		5	8	13	

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานศูนย์ชีพ (แพทย์ดุกเดิน) ประจำเดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2564.....
งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลคน้ำสวาง

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1.อุปกรณ์ เจ้านวน 5 ครั้ง			
- MC ลีมเบง	2	2	
- ทำร้ายร่างกาย	1	1	
- หลักฐานหัก	1	1	
- เสื่อยาadt	1	1	
2.ป้ายดุกเดิน เจ้านวน 8 ครั้ง			
- โรคหัวใจกำเริบ	1	1	
- แขนขาอ่อนแรง	1	1	
- ปวดท้อง	2	2	
- หน้ามืดบ้านหมุน	1	1	
- ชักกระตุก	1	1	
- อาเจียน + วิงเวียน	1	1	
- ปากเปื้อน	1	1	
3. เศษบริการ			
- รับ - ส่ง โรงพยาบาลเลย	13	3	- นายอาทิตย์ สิงห์สุวรรณ - นายบุญล้อม โยราภัคตี - นางบุญมี สุจิมงคล
รวม	26	16	

(นางคลัง แจ่มใส)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่		
เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	รหัส	รหัส		
3.	รหัส	รหัส		
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออก ปฏิบัติการคราว	เวลาจากสถานที่	เดินทางเหตุ	ถึงสถานที่เกิดเหตุ	เดินทางกลับ	เดินทาง
เวลา (น.)	10:00 น.	10:15 น.	10:15 น.	10:15 น.	10:15 น.	10:15 น.	10:15 น.
รวมเวลา (นาที)						นาที	นาที
เดินทาง							นาที
ระยะทาง (กม.)		รวมระยะทางคร่าวๆ	กม.			ระยะทางกลับ	กม.
					รวมเวลาไป ชม.	กม.	

3. ผู้เข้ามาป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	อายุ	ปี เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง	ประเภทผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> คุณลักษณะพิเศษของผู้ป่วย (ปรับปรุง formar)			<input type="checkbox"/> ทราบดี	<input type="checkbox"/> ทราบดี	<input type="checkbox"/> ประจำบ้าน
<input type="checkbox"/> ขาดความสามารถในการรับประทาน			<input type="checkbox"/> เนื่องจากความเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับประทาน	<input type="checkbox"/> ประจำบ้าน
ลักษณะการรักษา	<input type="checkbox"/> ด้วยยา	<input type="checkbox"/> ด้วยยาและอาหาร	<input type="checkbox"/> ประยุกต์รักษา	<input type="checkbox"/> ประยุกต์รักษาและยา	<input type="checkbox"/> ประจำบ้าน
					เดินทาง

ประ掏ท่อปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> งาดเหลบ/ถุงดูดเหตุ	<input type="checkbox"/> ปัสสาวะอุดกเส้น						
ความรู้สึกดี	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี				
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เช้า	<input type="checkbox"/> กลางคืน	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก				
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แสดงออก	<input type="checkbox"/> ลึกล้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ				
กระซูกมือครูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีครูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี				
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว	<input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> ทรวงอก/หน้าท้อง	<input type="checkbox"/> ท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> แขนขา	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> Multiple injury back
อาการช่วงหน้ามือ								
หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> เป็นหายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี				
การหายใจเมือด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจเมือด	<input type="checkbox"/> การหายใจเมือด	<input type="checkbox"/> หายใจเมือด					
การหายใจกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> เมือดออก/ไม้ดาม/ถัง	<input type="checkbox"/> เป็นหายใจกระซูก					
ช่วยเหลือเดินเข้า	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> หายใจกระซูก					
ผลกระทบทางร่างกายทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ไม่มีผลกระทบทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> ทุก处	<input type="checkbox"/> คงเดิม/คงตัว	<input type="checkbox"/> ทุก处	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก		

4. ภาระการดูแลในโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าพานิชและพานิชเดียวต่อครัวเรือน)

นำส่งหรืออุบัติในโรงพยาบาล	เวลา	<input type="checkbox"/> รถจักร	<input type="checkbox"/> รถสองล้อ		
เหตุผล	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/ลาก	<input type="checkbox"/> อายุได้	<input type="checkbox"/> นิ่งด้วยกัน	<input type="checkbox"/> เบิกผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> เป็นความประท้วง (เด็กเล่นมากกว่า 1 ชั่วโมง)
ผู้รับบริการ	รหัส				

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจํา弋รพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN.....	การรับมือต่อไป					
ระดับการดูแล(ER Triage)	<input type="checkbox"/> แพทย์วิชาชีวแพทย์	<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย	<input type="checkbox"/> แพทย์แผนจีน	<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทยและจีน	<input type="checkbox"/> แพทย์แผนจีนและแพทย์แผนไทย	
หายใจดี	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดี	
การหายใจเมือด	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจเมือด	<input type="checkbox"/> หายใจเมือด	<input type="checkbox"/> หายใจเมือด	<input type="checkbox"/> หายใจเมือด	
การหายใจกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจกระซูก	<input type="checkbox"/> หายใจกระซูก	<input type="checkbox"/> หายใจกระซูก	
ชื่อยุบงำน			สำหรับ	<input type="checkbox"/> แพทย์	<input type="checkbox"/> พยาบาล	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> รุค่า	<input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น	<input type="checkbox"/> รักษาในรพ.	<input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ.	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/ไม่รักษา	<input type="checkbox"/> กดับไปพยาบาล	<input type="checkbox"/> ตามแพทย์ในห้องสมุด



07-10-2564

1. หน่วยปฏิบัติการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMT)
ลำดับผู้ป่วย(CN).....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	รหัส
3.	รหัส
4.	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> ภาระเบา สถานที่เกิดเหตุ

รายการณ

2. ข้อมูลเดา

	วันเดือน	วันเดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
เวลา (น.)	10:20	น.	ม.	บ.	บ.	บ.	บ.
รวมเวลา (นาที)	Response time =	นาที			นาที		นาที
เดือน กม.	10.5						
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทาง	กม.			ระยะทางกลับ	กม.	
					ระยะไป ร.ร.	กม.	

3. ผู้เข้ามาป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	ชาย _____ ปี _____ เพศ _____ ชาติ _____ อายุ _____ หน้า _____	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
<input type="checkbox"/> คนไข้ และตัวประชารชน์ (ปรับ成format)	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประจำประเทศ _____	นาทีที่เข้าสืบสาน _____	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
ลักษณะการรักษาฯ <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> บัตร医疗保险 <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน		<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
	รายการพื้นที่	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
ประวัติทางสุขภาพ <input type="checkbox"/> โรคประจำตัว _____	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ปวดร้าว <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> เหนื่อยล้า <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
อาการทางใจ <input type="checkbox"/> ง่วง <input type="checkbox"/> ใจ慌 <input type="checkbox"/> ใจ疼 <input type="checkbox"/> ใจหาย <input type="checkbox"/> ใจเต้น <input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 有多处伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
กระดูกซี่โครง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 有多处伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口 <input type="checkbox"/> 有伤口	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ลิ้นจี่/คอ <input type="checkbox"/> น้ำเหลือง/ไข้ <input type="checkbox"/> หัวใจ/หลอดเลือด <input type="checkbox"/> กระดูก <input type="checkbox"/> ท้อง/ลำไส้ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back			
	รายการพื้นที่	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
การหายใจเสือ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ไม่ได้เคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวลำบาก <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวลำบากมาก <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวลำบากมาก <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวลำบากมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
ช่องทึบคืนซัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ซัก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
อาการดูดซึมร้ายแรง <input type="checkbox"/> ไม่ดูดซึม <input type="checkbox"/> ดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดซึมมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเสียหาย
5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย)			

ชื่อสหัสส่วนตัวของแพทย์	1201	_____ รหัสพย. _____ แพทย์ _____
แพทย์ <input type="checkbox"/> แนะนำสมัครการรักษาให้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีพื้นที่ห้องรักษา <input type="checkbox"/> เป็นผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> เป็นความประพฤติ (เชิงกล้ามเนื้อกว่า 1 ร้อย%)		
ผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> รับผิดชอบ		

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย)

HN _____ ภาระเร่งด่วน _____	การรักษาเบื้องต้น _____
ระดับการดัดแยก(ETC Triage) <input type="checkbox"/> 4 (ดูแลวิกฤต) L1, L2 <input type="checkbox"/> เผชิญภัยรุนแรง L3 <input type="checkbox"/> เสีย命มีชances L4 <input type="checkbox"/> ขาดชีวิตใน L5 <input type="checkbox"/> ดำเนินการทางการณ์สุรุ่ยสุรุ่ยในเกี้ยวข้าว	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
การหายใจเสือ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
ช่องทึบคืนซัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ซัก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
สำหรับประเมิน <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ยังไม่รู้	

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุกนาที <input type="checkbox"/> รักษาเพียงครึ่ง <input type="checkbox"/> รักษาไม่ครบ <input type="checkbox"/> มีบริการรักษาที่มีค่า <input type="checkbox"/> กลับไปพำนัชบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มีแพทย์ประจำบ้าน

สืบแบบบันทึกสัมภาษณ์นักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

แบบบันทึกการปฐมพิริยาหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	บัญชีการติดต่อ
เข้าหน้าที่อยู่ให้บริการ	รหัส	รหัส
3.	รหัส	รหัส
ผลกระทบปฐมพิริยา	□ ไม่พบเหตุ □ ทางเหตุ สถานที่เกิดเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ
		เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือนปี พ.ศ.	วันค้าสั่งออก บัญชีการติดต่อ	ออกจากฐาน	ถึงบ้าน	ออกจากบ้าน	บ้าน	เดือน
เวลา (น.)	10:00 น.	1 น.	10:00 น.	10:00 น.	10:50 น.	11:10 น.	20.00
รวมเวลา (นาที)		Response time =	นาที		นาที	นาที	
เลข กม.	102.674			102.623		102.675	102.675
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป	กม.		ระยะทางกลับ	กม.		
	ระยะทางไป	กม.		ระยะทางกลับ	กม.		

3. ผู้เดินทาง

ค่าดำเนินการเบื้องต้น	รายการ 55 ปี เพศ □ ชาย □ หญิง	บานหนึ่งวัน/วันละ	
□ คนในบุคคลบาร์บารา (Barbara) 50 ปี 00167500	□ ภรรยา	□ สามี/ภรรยา	
□ ชาวต่างด้าวประยุทธ์	เจ้าหน้าที่ดูแลเด็ก	□ ลูกสาว/ลูกชาย	
สิ่งของที่หักดิบ	□ บัตรประชาชน □ บัตรประจำตัว □ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว □ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว □ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว	ประยุทธ์	
ประยุทธ์	□ บัตรเดบิต/บัตรเครดิต	บานหนึ่งวัน/วันละ	
ความรู้สึกด้วย	□ หายใจลำบาก	□ หายใจเร็ว	
อาการหายใจ	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก	
บาดแผล	□ ไม่มี	□ ไม่มี	
กระดูกติดรูป	□ ไม่มี	□ ไม่มี	
อวัยวะ	□ ศีรษะ/คอ □ ใบหน้า □ ด้านหลัง/ด้านซ้าย □ หน้าอก/ใบหน้าขวา □ ช่องท้อง □ ท่อน้ำ □ ท่อน้ำ □ Extremities □ ผิวน้ำ □ Multiple injury back	การรักษาเบื้องต้น	
อาการเดินทาง	□ ไม่ได้เดิน □ เดินอย่างล้าบ้า □ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก(Pocket mask)	
การห้ามเดือด	□ ไม่ได้เดิน	□ การกดหัวแม่เหล็ก	□ ห้ามดูด
การดูดกระดูก	□ ไม่ได้เดิน	□ เม็ดยา/น้ำยา/mist	□ เม็ดยา/น้ำยา/mist
ช่องท้องดีบุบบีบ	□ ไม่ได้เดิน	□ ห้ามดูด	□ เม็ดยา/น้ำยา/mist
ผลการคุณและรักษาขั้นต้น	□ ไม่ยอมให้รักษา □ รุกคร่า □ คงเดิน/เดิน □ หักศีรษะ □ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ □ เสียชีวิตขณะเดินทาง		

4. ภาระที่ต้องดูแลเบื้องต้น (โดยหักหน้าที่เดินทาง/จำนวนเงินขั้นต้นอย่างสูงสุด 1 ชั่วโมง)

นำส่งที่โรงพยาบาล	เวลา	□ รถรับส่ง □ รถเมล์
เหตุผล	□ เหตุการณ์/ภัยธรรมชาติ	□ อุบัติเหตุ □ มีไข้สูง □ เป็นผู้ช่วยคน □ เป็นความประทับใจ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)
ผู้สูงอายุ	เวลา	

5. การประเมิน/วาระของการนำส่ง (ใช้เฉพาะกรณีที่ทางภาคบูรณาภรณ์รับผิดชอบ)

HN 1006937 การวินิจฉัยเบื้องต้น		
ระดับการตัดแยก(ER Triage) □ แดง(ไว้ดีด) L1, L2 □ เหลือง(เสี่ยงชีวิต) L3 □ สีขาว(ไม่ถูกดูแล) L4 □ ขาวฟ้า(ไม่ใช่แค่เจ็บ) L5 □ ดำ (ลับบริการทางการแพทย์เช่น โน๊ตบุ๊ก)		
ทางเดินหายใจ	□ ไม่หายใจ □ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก
การห้ามเดือด	□ ไม่หายใจ □ หายใจลำบาก	□ ห้ามดูด
การดูดกระดูก	□ ไม่หายใจ □ หายใจลำบาก	□ ห้ามดูด
ช่องท้องบีบบีบ		

6. ผลกระทบที่มีในโรงพยาบาล (ต้องบันทึกในรันดิบเท่านั้น)

Admitted □ Yes □ No	
□ ทุกครา □ รักษาพยาบาล □ อัพรักษาในรพ. □ เสียชีวิตใน รพ. □ ปฏิเสธการรักษา/หนีบ้าน □ กลับไปบ้านบ้าน □ ความผิดนิ่วในการบังคับ	
ส่วนบันทึกอัปเดตที่สำคัญที่สุดที่เปลี่ยนแปลงไป	

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	นักศึกษาที่		
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 1	เวลา 2	เวลา		
3	เวลา 4	เวลา		
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	ลักษณะเหตุ
				เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออก ปฏิบัติการการ	ออกรถกู้ชีวิต	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกอาการพิเศษเหตุ	ถึงที่	มีผู้ช่วย	
เวลา (น.)	09.59	น.	10.01	น.	10.03 น.	10.30 น.	11.00 น.	
รวมเวลา (นาที)		Response time =	นาที			นาที		
เวลา กม.	10.500			10.500		10.500	20.500	
ระยะทาง (กม.)		รวมระยะทางไป	กม.		ระยะทางกลับ	กม.	ระยะทางไป	กม.

3. ผู้เข้ามาช่วย

ค่าดำเนินการเบื้องต้น	รายการ 06 ปี เด็ก <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	หมายเหตุ	
<input type="checkbox"/> คำนี้หาย เด็กตัวประจำบ้าน (บ้านเดียวเดียว)	<input type="checkbox"/> ภาระคนต่อเด็ก	<input type="checkbox"/> ประทับตราเด็ก บ้านเดียว	
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประจำบ้าน	เด็กบ้านเดียวเด็กคนเดียว	<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบกิจกรรมทางบ้านเดียวเด็ก	
ภัยพิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประจำตัวสัมภาระ <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีพึ่งพาประภัย		บ้านเดียวเด็กบ้านเดียวเด็ก	
รายการปัจจุบัน			
ประณามทุบปูเสื่อ	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยอยู่บ้าน		
ความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง	<input type="checkbox"/> หมอนดันเลือดในเส้น <input type="checkbox"/> หมอนดันเลือดในเส้น	<input type="checkbox"/> เจรจาไม่ราบรื่น
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่เกิดน้ำลาย <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีแผลหัก <input type="checkbox"/> จึงขาด / ตัด	<input type="checkbox"/> แผลหักซ้ำ <input type="checkbox"/> แผลไฟฟ้า <input type="checkbox"/> ลูกปืน <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> ถูกตี <input type="checkbox"/> ถูกกระแทก	
ภาวะอุดตันรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครุภัณฑ์		
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ลิ้นห้องปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก/ทรวงอก <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> เจ็บกระเพาะ <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back		
การช่วยเหลือ			
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ใช้หน้ายิ่ง (Pedieter mask)	
การห้ามมือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้มือ <input type="checkbox"/> ห้ามมือมือเดียว	<input type="checkbox"/> ห้ามมือ	
การห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กระซูก	<input type="checkbox"/> นีกเกตน์/นีกาน์/ธอร์ก	<input type="checkbox"/> ใช้ห้ามกระซูกและการห้ามกระซูกทั้งสอง
ช่วยเต้นหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ช่วยเต้นหัวใจ	<input type="checkbox"/> หัวใจ	
ผลการถ่ายรังษีทั้งหมด			

4. เทคนิคการตัดสินใจเบื้องต้น (โดยหัวหน้าภาระและผู้อำนวยการหัวหน้าของศูนย์ฯ)

น้ำสีที่ออกด้วยเหตุผลทางการแพทย์	เวลา 10.30 <input type="checkbox"/> ขาว <input type="checkbox"/> ดำ
เหตุผล <input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อบริเวณที่ร้าว <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีพิษรบกวน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยที่ร้าว <input type="checkbox"/> เป็นความประทับใจ (<input type="checkbox"/> ไม่สามารถร้าวได้)	
ผู้ช่วยภายนอก	หัวใจ 0.00

5. การประเมิน/ปรับเปลี่ยนการนำส่ง (ใช้แพทย์ พยาบาล ประจำไว้รอทราบการรับบุคคลเดียว)

HN. 0000000000 การวินิจฉัยโรค		
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์วินิจฉัย L1,L2 <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยแพทย์ L3 <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ไม่รุนแรง L4 <input type="checkbox"/> น้ำที่หล่อเท่านั้น <input type="checkbox"/> ศักดิ์สิทธิ์ <input type="checkbox"/> ศ.ร. (รับบริการเฉพาะกรณีฉุกเฉิน/ไม่ได้ดูแล)		
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ทำให้หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ทำให้หายใจลำบาก
การห้ามมือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้มือ <input type="checkbox"/> ห้ามมือมือเดียว	<input type="checkbox"/> ห้ามมือมือเดียว
การห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้กระซูก <input type="checkbox"/> ห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ห้ามกระซูก
ช่องท้อง		

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่แพทย์ (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาตัวที่บ้าน <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาให้ยกับ <input type="checkbox"/> กลับไปโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามแพทย์ในโรงพยาบาล	

แบบบันทึกการนับถือจำนวนหน่วยปฏิรูปห้องฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิรูปห้องฉุกเฉิน

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิรูปห้องฉุกเฉิน	วันที่	บัญชีการพำนัช
เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วม	รหัส 1 _____ รหัส 2 _____	รหัส _____
3. _____	รหัส 4 _____	รหัส _____
ผลการปฏิรูปห้องฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่ที่เกิดเหตุ _____	เหตุการณ์ _____

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่/เดือน	วันค้าสั้นออก บัญชีการพำนัช	ระยะเวลาคร่าวๆ	วันที่/เดือนเหตุ	ออกจากห้องฉุกเฉิน	วันที่	วันที่
เวลา (น.)	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที					นาที	นาที
เวลา กม.	_____ กม.						
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป _____ กม.					ระยะทางที่กลับ _____ กม.	
						ระยะทางที่ไป _____ กม.	

3. ผู้เข้ารับการรักษา

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	บัญชีเด็ก/แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ประจำบ้าน <input type="checkbox"/> บ้านเช่า
<input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> เกาหลี/ชาวต่างด้าว (ปรับเปลี่ยนformat) <input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวที่บ้าน <input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวที่ต่างด้าว	บัญชีเด็ก/แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ประจำบ้าน <input type="checkbox"/> บ้านเช่า
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวที่ ประมุก _____ เนื้อที่เก็บชื่อเดิมภาษา _____	
ศักยภาพการรักษา <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ร้าย <input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรักษา <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรักษา	ประชุมแพทย์ <input type="checkbox"/> ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ฟังเสียงปอด
อาการผู้ป่วย	
ประแทบทื้อ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปั๊บฉุกเฉิน	
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ต่ำมาก <input type="checkbox"/> มากมาก	
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> หายใจลาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 有多 <input type="checkbox"/> จัดจระเข้ <input type="checkbox"/> ตื้อ <input type="checkbox"/> แผลหักดิ้น <input type="checkbox"/> แผลตื้อ <input type="checkbox"/> แผลตื้อหักดิ้น <input type="checkbox"/> แผลตื้อหักดิ้นมาก	
กระซอกมีครุภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครุภัย	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> กระดูก/ข้อ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ทึบหน้า/หัว <input type="checkbox"/> หัวใจ/ปอด <input type="checkbox"/> กระเพาะ <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การรักษาเบื้องต้น	
หายใจเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจหายใจลำบากมาก	
การห้ามเดิน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> การห้ามเดินเดือด <input type="checkbox"/> ห้ามเดิน	
การห้ามกระซอก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามกระซอกไม่ได้ห้าม/ถูกห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามกระซอกมาก	
ช่วยเหลือเดินเดิน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> ช่วยเดินเดิน	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ดูแลให้รักษา <input type="checkbox"/> ดูแล <input type="checkbox"/> ดูแลดี <input type="checkbox"/> ดูแลดีมาก <input type="checkbox"/> ดูแลดีมากมาก	

4. กรณีการตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยทั่วหน้าชี้แจง/ผ่านการเขียนย่อของศูนย์ฯ)

นำส่งที่อุดมเดินทางไปโรงพยาบาล _____	เวลา _____ น. <input type="checkbox"/> กลางคืน <input type="checkbox"/> กลางวัน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เนื่องจาก/สา暮ารถวิริษัย <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ผู้ป่วยเด็ก <input type="checkbox"/> เป็นความประท้วง (เสือภัยไม่สงบ) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินทาง <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินทาง	
ผู้รับผิดชอบ _____	รหัส _____

5. การประเมิน/รับรองอาการน้ำเสีย (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำรั้วโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN _____	การรับรองผู้ป่วย _____
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง(ร้ายสาหัส) 1.1, 1.2 <input type="checkbox"/> เหลือง(ร้ายสาหัส) 1.3 <input type="checkbox"/> เหลือง(ร้ายสาหัส) 2.1 <input type="checkbox"/> ขาว(ร้ายสาหัส) 2.2 <input type="checkbox"/> ขาว (ร้ายสาหัส) 2.3 <input type="checkbox"/> เหลือง(ร้ายสาหัส) 3.1 <input type="checkbox"/> เหลือง(ร้ายสาหัส) 3.2	
หายใจเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
การห้ามเดิน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามเดินเดือด <input type="checkbox"/> ห้ามเดินเดือดมาก	
การห้ามกระซอก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามกระซอก <input type="checkbox"/> ห้ามกระซอกมาก	
ชื่อผู้ประเมิน _____	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____

6. ผลการรักษาที่ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ย้ายรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เมียชีวิตรพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปปลายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแม่ร้าวในกรุงเทพ



17-10-2564

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเมืองดัน (EMR)
สำนักผู้ป่วย(CN).....

1. หน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่ _____	ใหญ่เดือนที่ _____	
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	วันที่ 1 _____	วันที่ 2 _____	
วันที่ 3 _____	วันที่ 4 _____	วันที่ _____	
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ
			เด็ก _____

2. ข้อมูลเวลา

เวลา (น.)	วันที่เดือน	วันศักราช	เดือน	ปี	เดือนที่เดือน	เดือนที่ปี	เดือนที่ปี
รวมเวลา (นาที)	Response time =	นาที			นาที		นาที
เวลา กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทาง(กม.)	กม.			ระยะทางลับ(กม.)	กม.	ระยะทางลับ(กม.)

3. ผู้เข้าป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประวัติเด็ก เช่น <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว	
<input type="checkbox"/> คนไข้ เจ้าตัวประจำบ้าน (ปรับ formate)	<input type="checkbox"/> แรกครั้งที่ได้ทราบ	<input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว	
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประชุมฯ	เวลาที่พบผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว	
ลักษณะรักษากุญแจ <input type="checkbox"/> บิดร้อง <input type="checkbox"/> บีบกระแทก <input type="checkbox"/> บีบหัวใจ <input type="checkbox"/> แรงกดดันหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน		ประวัติเด็ก เช่น <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว <input type="checkbox"/> บุตรคนเดียว	
ประวัติผู้ป่วย	อาการผู้ป่วย		
ความรู้สึกด้วย <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ยัง <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> มากที่สุด	ประดุจดัน <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก		
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	
น้ำดื่ม <input type="checkbox"/> น้ำดื่ม <input type="checkbox"/> น้ำดื่มมาก <input type="checkbox"/> น้ำดื่มมากที่สุด	น้ำดื่มน้อย <input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้อยมาก <input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้อยมากที่สุด	น้ำดื่มน้อย <input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้อยมาก <input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้อยมากที่สุด	
การถูกตีดูด <input type="checkbox"/> ไม่ถูกตีดูด <input type="checkbox"/> ถูกตีดูด <input type="checkbox"/> ถูกตีดูดมาก <input type="checkbox"/> ถูกตีดูดมากที่สุด	ไม่ถูกตีดูด <input type="checkbox"/> ไม่ถูกตีดูดมาก <input type="checkbox"/> ไม่ถูกตีดูดมากที่สุด	ไม่ถูกตีดูด <input type="checkbox"/> ไม่ถูกตีดูดมาก <input type="checkbox"/> ไม่ถูกตีดูดมากที่สุด	
ชื่อพื้นที่เดิน <input type="checkbox"/> ไม่เดิน <input type="checkbox"/> เดิน <input type="checkbox"/> เดินลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดิน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมากที่สุด	เดินลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดิน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมากที่สุด	เดินลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดิน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมาก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินมากที่สุด	
อาการดูดและดูดซึม <input type="checkbox"/> ไม่ดูดและดูดซึม <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึม <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมากที่สุด	ดูดและดูดซึม <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมากที่สุด	ดูดและดูดซึม <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมาก <input type="checkbox"/> ดูดและดูดซึมมากที่สุด	
4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (เดินทางหน้าที่เมือง/มีนาคมที่นั่นของบุตรของคุณฯ)			
ป้าส่องห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	วันที่ _____	เวลา _____	แพทย์ _____
เหตุผล <input type="checkbox"/> งดงามสม/ตามธรรมชาติ <input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดีมาก <input type="checkbox"/> ไม่ดีมากที่สุด	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> เป็นครัวเรือนอยู่อาศัย (เดินทางไปบ้านกว่า 1 ชั่วโมง)		
ผู้สูงอายุคนอ่อน	วันที่ _____		

5. การประเมิน/รับรองอาการป่วย (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำไว้ในพยาบาลหรือบ้าน)

HN _____	การรับมือโรค		
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี L1 <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี L2 <input type="checkbox"/> แสดงว่าดี L3 <input type="checkbox"/> เด็กไปรักษาตัว <input type="checkbox"/> หายใจไม่ปกติ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด			
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด		
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด		
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด		
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากที่สุด		
6. ผลการรักษาระบบทั่วไปในโรงพยาบาล (ให้ความโน้มเอียง)			

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทุกนาที <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> รักษาในวัน <input type="checkbox"/> เยียวยาใน วัน <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษากรณีดี <input type="checkbox"/> กลับไปบ้าน <input type="checkbox"/> ตามผู้ให้บริการ

แบบบันทึกการปฐมภิการหน่วยปฐมภิการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฐมภิการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฐมภิการ	วันที่	ปัจจุบันเดือน
เจ้าหน้าที่ปฏิเสธรับ	รหัส	รหัส
3.	รหัส	รหัส
ผลการปฐมภิการ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input checked="" type="checkbox"/> ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ทางเดินอาหาร	สถานที่เก็บตัวอยู่ เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือนปี	วันค้างสัง曜ด	ออกจากฐาน	เดินทางเดลี่	ออกจากที่เก็บตัว	ถึงที่	เดือนปี
เวลา (น.)	15.00 น.	17.15 น.	19.00 น.	20.00 น.	21.30 น.	22.00 น.	22.00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =	นาที			นาที		นาที
เดิน กม.	10.00 กม.		10.00 กม.		2.00 กม.	2.00 กม.	0.00 กม.
รวมเวลา (กม.)	รวมเดินทางไป..... กม.		รวมเดินทางกลับ..... กม.		รวมเดินทางกลับ..... กม.		รวมเดินทางไป..... กม.

3. ผู้เข้ามารักษา

คำแนะนำเรื่องผู้ป่วย	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> ศีรษะ เศรษฐศาสตร์/ประสาท <input type="checkbox"/> ขา/calf ปวดร้าว	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง
ใส่ชิ้นรักษากล่อง <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจ	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง
รายการผู้ป่วย	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
ประเมินผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน		
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> ล้าอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ซึม	<input type="checkbox"/> หลอกดึงบุกรุกเดิน	<input type="checkbox"/> หลอกดึงบุกรุกเดิน
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
กระดูกศีรษะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/หน้า <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> แขนขา/ข้อต่อ <input type="checkbox"/> หน้าอก/ทรวงอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> Multiple injury back	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง	□ ทราบเส้นทางเดินทาง
การรักษาเด็ก	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
รายการเด็ก	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ผลการรักษาเด็ก	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
4. เทคนิคการตัดสินใจเรื่องพยาบาล (โดยข้อความที่มีแต่หนึ่งรายการเดียวของข้อใดข้อหนึ่ง)	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
ประเมินผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน	<input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน	<input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน	<input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน
อาการร้ายแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ภาวะชีวภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ภาวะชีวภาพ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (เบิกอนพิเศษ หมายความ นำส่งทางการแพทย์ทันทีที่ได้รับอนุมัติ)

HN.....	การรับนิรจัย	การรับนิรจัย	การรับนิรจัย	การรับนิรจัย
จะดำเนินการพิจารณาเบื้องต้น(ER Triage) <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน <input checked="" type="checkbox"/> เด็กด้อยค่าที่ร่วมเดินทาง <input type="checkbox"/> ไข้ดูดเดิน	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ช่องเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่เรื่องพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ
<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	รายการ	รายการ	รายการ	รายการ

แบบบันทึกการปฐมภิบาลหน่วยปฐมภิการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

10/24

1. หน่วยปฐมภิการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฐมภิการ	วันที่	น้ำหนัก(kg)
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	รหัส 2	วัย
3.	รหัส 4	รหัส
ผลการปฐมภิบาล	□ ไม่พบเหตุ □ ทางเดียว สถานที่เกิดเหตุ	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันที่	วันค้าสั่งออก น้ำหนัก(kg)	ออกจากฐาน	เดินทางเดลี่	ออกจากที่เกิดเหตุ	เดินทาง	เดินทาง
เวลา (น.) น. น. น. น. น. น. น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = นาที				นาที		
เวลา กม. กม.			 กม.		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.				ระยะทางกลับ กม.		
					ระยะทางไป กม.		

3. ผู้เดินทาง

คำแนะนำให้ผู้เดินทาง	รายการ	ปี เดือน	□ ชาย □ หญิง	หมายเหตุ
□ คนไทย หมายเลขประจำตัว (บัตรประชาชน) _____	□ บรรยายเดินทาง			□ ประวัติเจ็บป่วย ประกาย
□ ชาวต่างด้าว ประกาย	เจ้าหน้าที่เดินทาง			□ ผู้เดินทางเดินทาง
สิ่งของรักษา □ บัตรประจำตัว □ ตั๋วเครื่องฟlight □ บัตรเดินทาง □ เอกสารสำคัญ □ บันทึกประวัติ				ประวัติเดินทาง
				ประวัติเดินทาง
				ประวัติเดินทาง
ประวัติเดินทาง	□ บัตรเดินทาง/บัตรประจำตัว	□ ประวัติเดินทาง		
ความเสี่ยงด้าน	□ ภัยคุกคาม	□ ภัยคุกคาม		
การหายใจ	□ หายใจลำบาก	□ หายใจลำบาก		
บาดแผล	□ ไม่มี	□ แผลเล็ก □ ลักษณะ / ลักษณะ / ลักษณะ		
กระดูกผิดปกติ	□ ไม่มี	□ กระดูกหัก	□ กระดูกหัก	
อวัยวะ	□ ศีรษะ/หัว	□ ใบหน้า	□ แขนขา	□ กระดูก
	□ หัวใจ/ปอด	□ ท้อง	□ กระดูก	□ กระดูก
	□ ท่อน้ำ	□ กระดูก	□ กระดูก	□ กระดูก
	□ กระดูก	□ กระดูก	□ กระดูก	□ กระดูก
อาการดีดตัว	□ ไม่ได้ทำ	□ ดึงตัวผู้ป่วย	□ ถือหัวใจผู้ป่วย	□ ชี้ช่องหายใจ(Pocket mask)
การถ่ายเหลือง	□ ไม่ได้ทำ	□ การถ่ายคลอเรตต์		□ ท่าทาง
การดูดเสมหะ	□ ไม่ได้ทำ	□ เม็ดกอน/เม็ดกอน/ถุง	□ เม็ดกอน	□ ดูดเสมหะ
ช่องดีดตัว	□ ไม่ได้ทำ	□ ท่อ		
ผลการดูดเสมหะ	□ ไม่ยอมให้ถ่าย	□ ถุงกอน	□ ถุงกอน	□ ถุงกอน
		□ ถุงกอน	□ ถุงกอน	□ ถุงกอน
4. เกณฑ์การตัดสินใจเรื่องใช้ยาสามัญ (โดยกราฟน้ำทึบและ/or จำนวนการพิនัยของสูตรบันทึก)				
ป้าสีส้มด้านนอก	รายการ	รายการ	รายการ	
เด็กดูด	□ ผลิตภัณฑ์/สารอาหารเด็ก	□ อุปกรณ์	□ มือถือประดับ	□ เป็นความประหลาด (เมื่อก่อนมากกว่า 1 ครั้ง)
ผู้สูงอายุ	รายการ			

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประขาโนรพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN.....	การรับนิยมโดยโรค			
ระดับการตัดแยก(ER Triage) □ แสดงว่าอยู่ใน L1-L2 □ แสดงว่าอยู่ใน L3 □ ผู้ป่วยไม่สามารถเดิน □ หายใจลำบาก □ หายใจลำบากในไนท์shift				
ความเสี่ยงด้าน	□ ไม่เจ็บเป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ ทำแต่เด็ก	□ ทำให้เด็กหายใจลำบาก
การถ่ายเหลือง	□ ไม่เจ็บเป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ ทำแต่เด็ก	□ ทำให้เด็กหายใจลำบาก
การดูดเสมหะ	□ ไม่เจ็บเป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ ทำแต่เด็ก	□ ทำให้เด็กหายใจลำบาก
ช่องดีดตัว	□ ไม่เจ็บเป็น	□ ไม่ได้ทำ	□ ทำแต่เด็ก	□ ทำให้เด็กหายใจลำบาก
ผลการประเมิน	ลำดับ	□ แพทย์	□ พยาบาล	□ อื่นๆ

6. ผลการรักษาที่ไม่ใช่พยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted □ Yes □ No				
□ ทุกما	□ รักษาพยาบาลที่บ้าน	□ รักษาในโรงพยาบาล	□ รักษาในโรงพยาบาล	□ รักษาในโรงพยาบาล

แบบบันทึกการปฐมภิบาลหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการครั้งที่
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน	รหัส 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	รหัส _____
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> ทราบเหตุ	สถานะผู้ป่วยเหตุ _____
	เหตุการณ์ _____	

2. ข้อมูลเวลา

	รับเสื่อเหตุ	วิเคราะห์ผล ปฏิบัติการ	ออกจากรถ	เดินทางเหตุ	ออกจากรถเหตุ	เดินทาง	ถึงฐาน
เวลา (น.)	14:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที				นาที	นาที	นาที
เวลา กม.	_____ กม.				_____ กม.	_____ กม.	_____ กม.
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางสูง _____ กม.				ระยะทางลับ _____ กม.	ระยะทางลับลึก _____ กม.	ระยะทางลึก _____ กม.

3. ผู้เข้ามายัง

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ชื่อกินเจ้า <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> คุณพ่อ เลขบัตรประชาชน (บัตร身分证) _____	<input type="checkbox"/> ทราบดี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประวัติ _____	ขาดที่หัวเรือเดินทาง _____
บริเวณการเดินทาง <input type="checkbox"/> บ้านท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว _____	
ประวัติเดินทาง _____ ประเทศเดินทาง _____ สถานที่เดินทาง _____	
อาการผู้ป่วย	
ประสาทส่วนกลาง <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อย/บวมดื้อ <input type="checkbox"/> ปวดดูดเส้น	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> กระเพาะปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ท้องเสียดฟัน	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
อาการร่วงหลัง	
หางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> ล็อกหัวผูกปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ล็อกหัวมีน้ำเหลือง <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ (<i>Pocket of crack</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ผลการคุณวัดขาขึ้นสัน	
<input type="checkbox"/> ไม่ขยับให้ฟัง <input type="checkbox"/> ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา	<input type="checkbox"/> ไม่ขยับให้ฟัง <input type="checkbox"/> ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา <input type="checkbox"/> ทุกขา/ทุกขา

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (เกณฑ์หักหน้าทึบกระดูก/ร่านการเดินข้อบนข้อลงบุบบุบ)

นำส่งที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล _____	เวลา _____	<input type="checkbox"/> รพ.เชียง _____	<input type="checkbox"/> รพ.เชียง _____
ทางสูด <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก/หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> อยู่เก็บ <input type="checkbox"/> ไม่พากหงาย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเดียว <input type="checkbox"/> เป็นความประหลาด (<i>sudden onset</i>)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ลู่สุรุวัตถุทางาน _____	รหัส _____		

5. การประเมิน/วินิจฉัยการน้ำสี (เกณฑ์แพทย์ พยาบาล ประจำการโรงพยาบาลที่รับผู้ดูแล)

HN _____ การวินิจฉัยโรค _____				
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง (<i>危急</i>) L1, L2 <input type="checkbox"/> เหลือง (<i>中等</i>) L3 <input type="checkbox"/> เหลือง (<i>中等</i>) L4 <input type="checkbox"/> ขาว (<i>稳定</i>) L5 <input type="checkbox"/> ขาว (<i>稳定</i>) L6				
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องท้องบวม <input type="checkbox"/> ไม่ได้เดิน <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

6. ผลการรักษาที่ได้รับจากพยาบาล (ติดความโน่นใจ)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ย้ายรักษาในราพ. <input type="checkbox"/> เยียวยาในราพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาที่หนีกเข้า <input type="checkbox"/> กับไปรักษาบ้าน <input type="checkbox"/> ตามเมืองที่ไม่ทราบผล			

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่สูตรป้าย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	โรงพยาบาลเชียงใหม่	วันที่	26/10/64	นิติบัตร
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	พญ. นรีกาญจน์	รหัส	2 ๗๗๔๙๖	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	โรงพยาบาลเชียงใหม่ ถนน ๑๐๘ ต. ห้วยคำ อ. ห้วยคำ จ. เชียงใหม่ ๑๖๐ ๓.๗	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือน	วันศักราช	เวลา	วันเดือน	วันศักราช	เวลา	วันเดือน
เวลา (น.)	๑๕.๕๐	๑๓๒๒	๑๓.๗๕	๑๓.๗๕	๑๓๒๕	๑๒.๑๐	๑๓.๗๕
รวมเวลา(นาที)			Response time =	นาที			นาที
เส้นทาง							
ระยะทาง (กม.)			รวมระยะทางไป	กม.		รวมระยะทางกลับ	กม.

3. ผู้เข้ามาป่วย

ผู้นำหน้าผู้ป่วย	อายุ ๒๘ ปี เพศ ♂ ชาติ ไทย	อาการ	หายใจลำบาก หายใจลำบาก หายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> คันใจ มากบ้าระหะราน(ปรับเปลี่ยน) <u>หายใจลำบาก</u>	<input type="checkbox"/> กระวนคลุ้มตัวค้ำ	อาการเดิม	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก หายใจลำบาก
<input type="checkbox"/> ชาบ้าชาบ้า ประกายตา เลยทีกันลืมเดินทาง		ประกายตา	<input type="checkbox"/> ผู้คนเดินทาง
ภัยชั้นการรักษา	<input type="checkbox"/> บังคับอย่างดุร้าย <input type="checkbox"/> ข้อร้าวกระดูก <input type="checkbox"/> ประคบร้อนร้อน <input type="checkbox"/> ประคบร้อนร้อน <input type="checkbox"/> ไม่มีกล้ามเนื้อหักเห	ภัยเดียว	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ประกายตาป่วย	<input type="checkbox"/> ตาบอด/ตาบอดชั่วคราว	อาการป่วย	
ความรู้สึกเจ็บปวด	<input type="checkbox"/> รู้สึกดีดดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกดีดดี	อาการเจ็บปวด	
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ <input type="checkbox"/> แผลลึกๆ / ตื้นๆ	แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผลตื้นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลลึกๆ
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แตกหัก	กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แตกหัก
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/หัว <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ลิ้นหัวใจ/หัวใจ <input type="checkbox"/> หลังอก/ท่อน้ำดี <input type="checkbox"/> กระเพาะ <input type="checkbox"/> ท่อน้ำดี <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back	อวัยวะ	
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจไม่ได้	ทางเดินหายใจ	
การห้ามเดือด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามเดือด	ห้ามเดือด	
การห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม <input type="checkbox"/> ห้ามกระซูก	ห้ามกระซูก	
ช่องทึบหืนอืด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หืน <input type="checkbox"/> หืน	หืน	
ผลการคุณวัดไข้ขึ้นเดิน	<input type="checkbox"/> ไม่ไข้ <input type="checkbox"/> ไข้ต่ำ <input type="checkbox"/> ไข้ปานกลาง <input type="checkbox"/> ไข้สูง <input type="checkbox"/> ไข้ต่ำ <input type="checkbox"/> ไข้ปานกลาง <input type="checkbox"/> ไข้สูง	ผลการคุณวัดไข้	

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าผู้ป่วย/ผู้อำนวยการเดินทางของศูนย์ฯ)

นำส่งโรงพยาบาล	เวลา	รถวิ่ง	รถเมล์
<input type="checkbox"/> เนื่องจาก/สาเหตุ	<input type="checkbox"/> รถตู้ <input type="checkbox"/> รถบัส	<input type="checkbox"/> รถเมล์	<input type="checkbox"/> รถเมล์
ผู้รับประทาน	รถตู้	รถบัส	รถเมล์

5. การประเมิน/บันรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN ๐๑๖๐๗๗๗๗ การวินิจฉัยโรค			
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์ฉุกเฉิน L1, L2 <input type="checkbox"/> พยาบาลฉุกเฉิน L3 <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อาชญากรรม L4 <input type="checkbox"/> ราชการหรือรัฐ L5 <input type="checkbox"/> ดำเนินการสาธารณสุขในสังคมผู้ป่วย			
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input checked="" type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก
การห้ามเดือด	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ห้ามเดือด	ห้ามเดือด	<input type="checkbox"/> ห้ามเดือด <input type="checkbox"/> ห้ามเดือดมาก
การห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ห้ามกระซูก	ห้ามกระซูก	<input type="checkbox"/> ห้ามเดือด <input type="checkbox"/> ห้ามเดือดมาก
ช่องทึบหืนอืด	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> หืน	หืน	<input type="checkbox"/> หืน <input type="checkbox"/> หืนมาก

6. ผลการรักษาระบบทั่วไป (พิจารณาในวันเดินทาง)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาไม่เสร็จ <input type="checkbox"/> เป็นชีวิৎสุนทรีย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษากรณีลับ <input type="checkbox"/> กลับไปประเทศไทย <input type="checkbox"/> ตามแพทย์ไม่ได้ทราบผล	

แบบบันทึกการปฏิบัติงานประจำปีปฏิการถูกเฉินเบื้องหน้า (EMR) จังหวัดเชียงใหม่
ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย

1. หน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	นักปฏิบัติการที่		
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1	รหัส 2	รหัส _____		
2.	รหัส 4	รหัส _____		
3.				
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> พยายศ	สถานที่ปฏิบัติ	สถานที่ปฏิบัติ
			เหตุการณ์	เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	วันเดือนปี	วันเดือนปี	ช่องทางฐาน	วันเดือนปี	ช่องทางที่มีภัย	เวลาระ	วันเดือนปี
เวลา (น.)	00.00	00.00	บ.ช.	00.00	บ.ช.	00.30	00.00
รวมเวลา (นาที)			Response time =	นาที			
เวลา กม.	1.23320			103.323		1033.53	1033.53
ระยะทาง (กม.)			รวมระยะทางที่ไป	กม.	ระยะทางที่มา	กม.	
			รวมระยะทางที่ไป	กม.	ระยะทางที่มา	กม.	

3. ผู้เข้าป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	อายุ 56 ปี เพศ ♂ ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ชื่อพนักงานที่มี
<input checked="" type="checkbox"/> คุณนาย มากบัตรประเสริฐานุ (ชื่อที่ format)	3420100625066	<input type="checkbox"/> บรรยายค่าหัว
<input type="checkbox"/> ขาวดำชาติ ปะรุงชาติ	การที่หน้าดูอ่อนแรง	ประวัติอาชญากรรม
สีผิวการรักษา <input type="checkbox"/> บ้าคล่อง <input type="checkbox"/> ข้าร้ายกาจ <input type="checkbox"/> ประทันด้วง <input type="checkbox"/> แพระหวานด้วยความดี <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน		ประวัติเดือน <input type="checkbox"/> จันทร์

สภาพผู้ป่วย

ประชากล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ขาดเส้นกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปั๊ยฉุดเดิน						
ความรู้สึกดีดดัน	<input type="checkbox"/> รู้สึกดีดดัน	<input type="checkbox"/> ซึม	<input type="checkbox"/> หมอนสอดดิบลูกเกดิน	<input type="checkbox"/> หมอนสอดดิบลูกไม้เด็น	<input type="checkbox"/> เอเชอร์จิวราวย			
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจ	<input type="checkbox"/> เชื้อ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก			
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีแต่รอย <input type="checkbox"/> มีรอยชา / ตื้ด	<input type="checkbox"/> แมลงฟ้าร้าว	<input type="checkbox"/> แมลงไน้	<input type="checkbox"/> ยูกติ	<input type="checkbox"/> ยูกแพ	<input type="checkbox"/> ยั้งระดับชาติ	<input type="checkbox"/> ยุทธการเดือด
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีครุภัย						
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> กระดูก / ข้อ	<input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> ทับทิม / ท้อง	<input type="checkbox"/> หน้าอก / ไข่ปลา / ไข่	<input type="checkbox"/> ช่องด้านล่าง	<input type="checkbox"/> แขนขา	<input type="checkbox"/> ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> Multiple injury back

อาการของเสื้อ

หายใจดีดดัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน	<input type="checkbox"/> จัดหายใจดีดดัน	<input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask)
การหายใจดีดดัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน	<input type="checkbox"/> การกดหัวแม่ตื้ด	<input type="checkbox"/> หายใจ	
การหายใจดีดดัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน	<input type="checkbox"/> เมืองกาม / เมืองด่าน / sting	<input type="checkbox"/> ดึงกามเมืองเมืองทางกระดูกของคอหอย	
ช่องเส้นศีรษะชิด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน	<input type="checkbox"/> ชา		

ผลการตรวจและรักษาขั้นต้น ไม่ยอมให้รักษา ทราบ คงเดิม / คงดี หุ่นดี ไม่เป็นปัจจัย อุบัติเหตุ เป็นเชื้อโรคในร่างกาย

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (ให้ทั้งหน้าที่รักษาและผ่านการพิនิยมของศูนย์ฯ)

นำส่งที่ของอุบัติเหตุพยาบาล	เวลา 02.00	<input type="checkbox"/> รถรับ	<input type="checkbox"/> รถยกคน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เนรานะสูบ / สารารอตัวรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีเชื้อราบังเกิด <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเด็ก <input type="checkbox"/> เป็นความประหลาด (เสือกโน่นมากกว่า 1 ชั่ว)			
ผู้สูญเสียชีวิต	เวลา		

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล บรมฯ ฯ โรงพยาบาลที่รับผู้โดยสาร)

HN: 2-6116 การรับปัจจัยโภชนา	
ระดับการตัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แรกดูดดัน 1.1 <input type="checkbox"/> เหตุการณ์รุนแรง 2.2 <input type="checkbox"/> เพิ่งรู้ไม่รุนแรง 3.3 <input type="checkbox"/> ชาร์ฟที่ไม่ดี 4.4 <input type="checkbox"/> ทำ (รับบริการสาธารณสุกษาในบริเวณที่อยู่)	
หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน	
การหายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน	
การหายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน	
ช่องเส้นศีรษะชิด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน <input type="checkbox"/> หายใจดีดดัน	

6. ผลการรักษาที่ไม่ในโรงพยาบาล (ต้องตามใบบันทึกเสื่อม)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> รักษาเพื่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาไม่รัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาที่มีภัย <input type="checkbox"/> กลับไปหาบ้าน <input type="checkbox"/> ตามที่ไม่ได้รับผล	

แบบบันทึกการปฐมพิจารณาหน่วยปฐมพิการอุบัติเหตุ (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

1. หน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	30/10/24	บัญชีพัสดุ
เจ้าหน้าที่ดูแลรักษา	รหัส	2	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	รหัส	4	รหัส
<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	หมายเหตุ
หมายเหตุ			

2. ข้อมูลเวลา

	เริ่มต้นเวลา	รับคำสั่งของบัญชีพัสดุ	ออกจากครุภัณฑ์	เดินทางกลับบ้าน	ออกจากห้องน้ำ	เดินทาง	เดินทาง
เวลา (น.)	07:00 น.	07:15 น.	07:15 น.	07:30 น.	07:45 น.	07:45 น.	07:45 น.
รวมเวลา (นาที)		Response time = _____ นาที				นาที	นาที
เวลา กม.							
ระยะทาง (กม.)		รวมระยะทางไป _____ กม.			รวมระยะทางกลับ _____ กม.		รวมระยะทาง _____ กม.

3. ผู้เข้ารับป่วย

ค่าน้ำหน้าที่อยู่บ้าน	อายุ _____ ปี เลข _____ นามสกุล _____	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ประวัติเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ประวัติเจ็บป่วย _____ ประวัติเจ็บป่วย _____
<input type="checkbox"/> คนไข้ นายบัวร่วงชาagan (ป่วยไม่สามารถเขียนได้)	<input type="checkbox"/> อาการผิดปกติ _____	<input type="checkbox"/> ผู้陪伴 _____	<input type="checkbox"/> ประวัติเจ็บป่วย _____
<input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว ประวัติ _____	เครื่องหนังสือเดินทาง _____	<input type="checkbox"/> ผู้陪伴 _____	<input type="checkbox"/> ประวัติเจ็บป่วย _____
ลักษณะรักษา <input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย <input type="checkbox"/> ผู้ร้าว弱 <input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย <input type="checkbox"/> ผู้ต้องสงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเขียนได้	รวมระยะทาง _____ กม.	<input type="checkbox"/> ผู้陪伴 _____	<input type="checkbox"/> ประวัติเจ็บป่วย _____
อาการที่พบ			
ประวัติรู้สึกปวด <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อย <input type="checkbox"/> ปวดร้าว <input type="checkbox"/> ปวดดึง <input type="checkbox"/> ปวดดัน <input type="checkbox"/> ปวดร้าว			
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี			
อาการหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ			
หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ			
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> กระดูกผิดรูป			
อาการเจ็บปวด			
หัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจ	<input type="checkbox"/> หัวใจหอบ (Pectoral pain)		
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจ		
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ		
หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ		
อาการคุณธรรมรักษา <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> หุ่นยา <input type="checkbox"/> คงดีมากที่สุด <input type="checkbox"/> หุ่นยาหัก <input type="checkbox"/> เม็ดซีอิ๊ว <input type="checkbox"/> ยาหุ่นยาหัก <input type="checkbox"/> ยาหุ่นยาหัก			

4. หมายเหตุการตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าพื้นเมือง/ผู้อำนวยการหน่วยบริการสุนทรีย์)

นำส่งที่ศูนย์อุบัติเหตุทางการแพทย์	เวลา 07:00 น.	<input type="checkbox"/> รถรับ <input type="checkbox"/> รถส่ง
เหตุผล <input type="checkbox"/> เนื่องจากอาการรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีเส้นทางสั้น <input type="checkbox"/> เป็นผู้ร้าว <input type="checkbox"/> เป็นความผิดปกติ (เส้นทางไม่ไกลกว่า 1 ชั่วโมง)		
ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ	รหัส _____	

5. การประเมิน/วินิจฉัยการรักษา (โดยแพทย์ แพทย์ หรือพยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย)

HN _____	การรักษา _____
ระดับการตัดสินใจ(ER-Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์ตัดสินใจ L1, L2 <input type="checkbox"/> พยาบาลตัดสินใจ L3 <input type="checkbox"/> เสียงไม่รุนแรง L4 <input type="checkbox"/> ขาดท่อนิ่ว L5 <input type="checkbox"/> สา (สั่งการรักษาตามมาตรฐาน) ในไปใช้ผู้ช่วย	
หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ	
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ	
หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	
หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ <input type="checkbox"/> หัวใจหอบ	
ผู้รับผิดชอบ	
ผู้รับผิดชอบ _____	ผู้รับผิดชอบ _____

6. ผลการรักษาที่/ไม่โรงพยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> หุ่นยา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> อัพรักษาในรา. <input type="checkbox"/> เม็ดซีอิ๊วในรา. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษากรณีลับ <input type="checkbox"/> กลับไปรักษาบ้าน <input type="checkbox"/> อบรมผู้ร้าวในกระบวนการ	
ลงนามบันทึกอันมีไว้สำหรับระบบบริการการแพทย์อุบัติเหตุจังหวัดเชียงใหม่ ก่อนวันที่ 5 ของเดือนต่อไป	