

ผนวก ข

แบบบันทึกการปฏิบัติงาน

เลขที่..... สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เลขที่.....
 แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการ
 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพื้นที่.....

1. ข้อมูลทั่วไป ปฏิบัติการที่.....

วันที่..... เลขปฏิบัติการของศูนย์
 รับแจ้งเหตุจาก ? ปลายทาง 1669 ? ปลายทางหมายเลขอื่นๆ ? วิทูลสื่อสารประชาชน ? เครือข่ายอื่น ? เจ้าหน้าที่ตำรวจ
 ? อาสาสมัคร ? เจ้าหน้าที่กู้ภัย ? หน่วยบริการ EMS ? อื่นๆ

2. ข้อมูลเวลา

| | รับแจ้งเหตุ | สั่งการ | ออกจากรถ | สิ่งที่เกิดเหตุ | ออกจากที่เกิดเหตุ | ถึง รพ. | ถึงฐาน |
|---------------|------------------------|---------|----------|-----------------|----------------------|------------------------|------------|
| เวลา(น.) |น. |น. |น. |น. |น. |น. |น. |
| รวมเวลา(นาที) | Response time.....นาที | | | | นาที | นาที | นาที |
| เลข กม. | กม. | | | | กม. | กม. | กม. |
| ระยะทาง(กม.) | รวมระยะทางไป..... กม. | | | | ระยะทางกลับ..... กม. | ระยะทางไป รพ. กม. | กม. |

3. ประเภทเหตุการณ์

| บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ | ป่วยฉุกเฉิน(ระบุอาการ) | ภัยพิบัติ |
|--|------------------------|------------------------|
| ? อุบัติเหตุจากรถ ? พลัดตกหกล้ม | | ? ก๊วยธรรมชาติ |
| ? ทำร้ายตนเอง ? ถูกทำร้าย | | ? อัคคีภัย |
| ? ตกน้ำ ? ไฟฟ้าดูด | | ? ด้กดลม |
| ? บาดเจ็บจากสิ่งของ ? ไฟฟ้าไหม้/น้ำร้อนลวก | | ? ระเบิด |
| ? จากการทำงาน ? ตกจากที่สูง | | ? สารเคมี วัตถุอันตราย |
| ? บาดเจ็บจากสัตว์ ? ใต้รับสารพิษ | | ? ภัยอื่นๆ |

4. อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง

| ระดับสูง | ระดับพื้นฐาน |
|--|---|
| ? หอบรุนแรง ? กระชุกหวั่นไหว | ? หอบเล็กน้อย ? คิดภายในแต่บอกได้เอง |
| ? ชีบก้อง ? อุบัติเหตุจากรถติดภายในรถ | ? ใช้ทุกระดับ ? มือ แขน ขาที่อ่อนล้า ไหลปลาไหลกัก แผลเปิด |
| ?หมดสติกะทันหัน ? บาดเจ็บกระดูกสันหลัง | ? ซึม สับสนสติ ? เลือดออกภายนอก ฟันเลือดได้ |
| ? เจ็บหน้าอกรุนแรง ? บาดเจ็บตกลือดภายใน | ? เจ็บปวดทั่วไป ? ตกที่สูงต่ำกว่า 5 เมตร |
| ? หายใจหายใจ ? ตกสูงมากกว่า 5 เมตร | ?หมดสติปลุกตื่น ? เจ็บครรภ์ระยะแรก |
| ? อุบัติเหตุจากรถความเร็วสูง ? โกสัลดอด ,คดอดฉุกเฉิน | ? บาดเจ็บเล็กน้อย ? ฮาละวาด |
| ? เหตุการณ์เสี่ยงสูง | ? เหตุการณ์รุนแรงๆ |

5. การสั่งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์)
 ชื่อหน่วยบริการ.....ระดับ ? สูง ? กลาง ? พื้นฐาน นำส่งโรงพยาบาล..... ? รพ.รัฐ ? รพ.เอกชน
 เกณฑ์การรับผู้ป่วย ? สามารถรักษาได้ ? อยู่ใกล้ ? มีหลักประกัน ? ผู้ป่วยเก่า ? เป็นความประสงค์(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 การติดต่อสื่อสารกับ รพ. ที่รับผู้ป่วย ? แจ้งทางวิทยุสื่อสาร ? โทรศัพท์ ? ไม่ได้แจ้ง
 เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ แพทย์..... พยาบาล..... เจ้าหน้าที่สื่อสาร 1..... เจ้าหน้าที่สื่อสาร 2.....เจ้าหน้าที่ข้อมูล

6. การปฏิบัติงาน

| มีการรักษา | ไม่มีการรักษา |
|---|---|
| ? รักษาและนำส่ง ? รักษาไม่นำส่ง ? รักษา และ เสียชีวิต | ? ยกเลิก ? ไม่พบเหตุ ? เสียชีวิตก่อนไปถึง |
| ? รักษา และ เสียชีวิตระหว่างนำส่ง | |

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล
 ลงนาม.....ผู้รับรอง (แพทย์หรือพยาบาล)
 ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 20 ของเดือน

เลขที่ _____

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เลขที่ _____

แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

1. หน่วยบริการ (ลงแบบบันทึกกรณีที่เกิดจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป) ปฏิบัติการที่ _____

| | | | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| หน่วยบริการจังหวัด | พื้นที่ (zone) | รับแจ้งจากศูนย์ | วันที่ | เลขที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน |
| เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ | 1 _____ รหัส _____ | 2 _____ รหัส _____ | 3 _____ รหัส _____ | 4 _____ รหัส _____ |
| ผลการปฏิบัติงาน | ✓ หมดเหตุ | ✓ ไม่หมดเหตุ | | |

2. ข้อมูลรถ

| | | | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| รถสี(ม.) | สีพื้นหลัง | สีกระจก | รถจากกรม | สีพื้นหลังรถ | รถจากที่อื่น | สีรถ | สีฐาน |
| รถเลข(บาท) | _____ รหัส _____ บาท |
| รถสี (ม.) | _____ รหัส _____ รหัส |
| รถเลข(บาท) | _____ รหัส _____ รหัส |

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ สัญชาติ _____
 ชื่อผู้โทรแจ้งเหตุ _____ เบอร์โทร 30 บาท _____ จังหวัด _____ อำเภอ _____ ตำบล _____ หมู่บ้าน _____ เลขที่ _____

| การประเมินระดับความรุนแรง GCS | | | | สัญญาณชีพ | | | |
|-------------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Eye (E) | Motor (M) | Verbal (V) | | SpO2 | HR | RR | Temp |
| Verbal (E) | Total (E+M+V) | | | SpO2 | HR | RR | Temp |
| Rx Eye | Rx Motor | Rx Verbal | | SpO2 | HR | RR | Temp |
| Lx Eye | Lx Motor | Lx Verbal | | SpO2 | HR | RR | Temp |
| Trauma | บาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ |
| Head Trauma | บาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ |
| Extremities | บาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ | การบาดเจ็บ |

หมายเหตุ: _____

ผลการปฏิบัติงาน: _____

ผลการประเมิน: _____

4. การประเมินระดับความรุนแรง (โดยทีมแพทย์และสถานบริการที่รับส่งผู้ป่วย)

ผู้ป่วยที่ส่งจากโรงพยาบาล: _____ รหัส _____ เพศ _____ สัญชาติ _____

เหตุเกิด: _____ รหัส _____ ชื่อผู้ป่วย: _____ เป็นเวลาประมาณ: _____ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้ส่งมา: _____ รหัส _____ เพศ _____ สัญชาติ _____ รหัส EMT _____

5. การประเมินผู้ป่วย (โดยแพทย์/พยาบาล/ประจำโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ)

HV: _____ การวินิจฉัย: _____ รหัส _____ สัญญาณชีพ: _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

การบาดเจ็บ: _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

เล่มที่..... สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เลขที่.....

แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ ปฏิบัติการที่.....

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------|
| หน่วยบริการจังหวัด..... | พื้นที่ (Zone) | เลขที่ปฏิบัติการ ฉุกเฉิน..... | วันที่..... |
| เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 2..... | รหัส..... | 2..... | รหัส..... |
| 3..... | รหัส..... | 4..... | รหัส..... |

2. ข้อมูลเวลา

| เวลา(น.) | รับแจ้งเหตุน. | ตั้งการน. | ออกจากฐานน. | ถึงที่เกิดเหตุน. | ออกจากที่เกิดเหตุน. | ถึง รพ.น. | ถึงฐานน. |
|---------------|------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|
| รวมเวลา(นาที) | Response time.....นาที | | | |นาที |นาที | |
| เลข กม. | | | | | | | |
| ระยะทาง(กม.) | รวมระยะทางไป.....กม. | | | | | ระยะทางกลับ.....กม. | |
| | | | | | ระยะทางไป รพ.กม. | | |

3. ผู้เจ็บป่วย

| | | | | | |
|------------------|--|---|---|---|---|
| ชื่อผู้ป่วย..... | อายุ..... | ปี | เพศ | ชาย | หญิง |
| สิทธิการรักษา | <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน | <input type="checkbox"/> บัตรทอง | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว |
| | <input type="checkbox"/> ประกันอื่นๆ | <input type="checkbox"/> ชาวต่างด้าวไม่มีประกัน | <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ | <input type="checkbox"/> เลขบัตรประชาชน | |

สภาพผู้ป่วย

| | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ประเภทผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ / อุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน | | | | | | |
| ความรู้สึกตัว | <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี | <input type="checkbox"/> ซึม | <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกตื่น | <input type="checkbox"/> หมดสติปลุกไม่ตื่น | <input type="checkbox"/> เฉื่อยเฉื่อยวาย | | | |
| การหายใจ | <input type="checkbox"/> เร็ว | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ช้า | <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ | <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ | | | |
| บาดแผล | <input type="checkbox"/> แผลถลอก | <input type="checkbox"/> ฉีกขาด | <input type="checkbox"/> รอยมีคม | <input type="checkbox"/> ถูกแทง | <input type="checkbox"/> ถูกยิง | <input type="checkbox"/> พังซ้ำ | <input type="checkbox"/> แผลตอกมาก | |
| กระดูกหัก | <input type="checkbox"/> แขนท่อนบน | <input type="checkbox"/> มือ / ท่อนล่าง | <input type="checkbox"/> ขาท่อนบน | <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง / เท้า | <input type="checkbox"/> ใบหน้า / ศีรษะ | <input type="checkbox"/> คอ / สันหลัง | <input type="checkbox"/> สะโพก | <input type="checkbox"/> ขีไฉง |

การช่วยเหลือ

| | | | | | |
|----------------|---|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| ทางเดินหายใจ | <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ | <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ (เป่าตรง) | <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ (POCKET MASK) | <input type="checkbox"/> ให้ออกซิเจน |
| การห้ามเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ | <input type="checkbox"/> กดด้วยมือ | <input type="checkbox"/> ใช้วัสดุผูก / รัด | | |
| การตามกระดูก | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ | <input type="checkbox"/> เข็มกลม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตาม | <input type="checkbox"/> วัสดุอื่นๆ | |
| ช่วยฟื้นคืนชีพ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ | <input type="checkbox"/> ทำ | | | |

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่ยอมให้รักษา ทุเลาคงที่ / คงเดิม ทุลดหนัก เสียชีวิต เสียชีวิตขณะนำส่ง ? เป็นการช่วยชีวิต (มีฉนั้นตายได้)

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าหน่วยและผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---|
| นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล..... | เวลา..... | <input type="checkbox"/> รพ.รัฐ | <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน | | |
| เหตุผล ? | เหมาะสม/สามารถรักษาได้ ? | อยู่ใกล้ ? | มีหลักประกัน ? | เป็นผู้ป่วยเก่า ? | เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) |
| ผู้ส่งรายงาน..... | รหัส..... | เจ้าหน้าที่ผู้รับ ? | เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล ? | อาสาสมัครปฐมพยาบาล | |

5. การประเมินนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

| | | | | | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|-----------|
| HN..... | การวินิจฉัยโรค ฉุกเฉิน..... | ระดับความรุนแรง ? | No urgent | Urgent | Emergent |
| 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..... |
| การให้สารน้ำ | <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"/> อื่นๆ | |

6. ผลการรักษา / ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ระยะเวลารักษาที่โรงพยาบาล วัน? หายเป็นปกติ? พยาบาล รักษาต่อที่อื่น? รักษาใน รพ.อื่น? เสียชีวิตในโรงพยาบาล? กลับไปอยู่ที่บ้าน ค่ารักษา.....

ส่งแบบบันทึกกลับมายังสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป