

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

พื้นที่ (zone).....	วันที่.....	เลขที่ปฏิบัติการของศูนย์.....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ.....	1.....	รหัส..... 2..... รหัส.....
ผลการปฏิบัติงาน.....	3.....	รหัส..... 4..... รหัส.....
☐ พบเหตุ ☐ ไม่พบเหตุแจ้ง.....		เลขรหัส.....

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....		อายุ.....ปี	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง 30 บาท ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ ☐ อื่นๆ ☐ เลขบัตรประชาชน.....			
การประเมินระดับความรู้สึก GCS		สัญญาณชีพ	
Eye movement(4)	Motor (6)	เวลา	
Verbal (5)	Total (15)	Pulse	
Pupils		BP.	
Lt Eye	React to Light Y/N	RR.	
Rt Eye	React to Light Y/N	Temp	
Trauma	บาดแผล ☐ Laceration ☐ Contusion ☐ Gun Shot ☐ Stab wound ☐ Haematoma ☐ Cut ☐ Abrasion		
	การเสียเลือด ☐ Int/Haemorrhage ☐ Ext/Stopped ☐ Ext/Active		
	กระดูกหัก ☐ Spine ☐ Pelvis ☐ Skull ☐ Ent ☐ Clavicle/Rib ☐ Lower Extr. ☐ Upper Extr. ☐ Maxillofacial		
	อวัยวะ ☐ Chest ☐ Abdomen ☐ Pelvis/Extr ☐ External ☐ Multiple inj ☐ Spine ☐ Head/neck ☐ Face		
Non trauma	อายุรกรรม ☐ Digestive ☐ Endocrine ☐ Rheumato ☐ Neuro ☐ Cardio-vasc ☐ Respiratory ☐ Ac psychosis ☐ Poisoning		
	สูติ-นรีเวช ☐ Bleeding per Vagina ☐ Ectopic pregnancy ☐ Rape ☐ Labour pain ☐ Child birth		
	กุมาร ☐ Pyrexia ☐ Diarrhea ☐ Convulsion ☐ Dyspnea		
	ออโรโธ ☐ Bone pain ☐ Malignancy		
	EENT ☐ Glaucoma ☐ FB in Eye ☐ FB in Ear ☐ FB in nose ☐ FB in Larynx ☐ FB in Pharynx ☐ Neuralgia ☐ Others		
Treatment	รังสี ☐ Malignancy with pain ☐ Malignancy with Bleeding		
	ศัลยกรรม ☐ Ac abdomen ☐ Bleeding per rectum ☐ UGI Bleeding ☐ Ac Retention urine ☐ TMJ dislocate		
	ทางเดินหายใจ ☐ No ☐ Clear airway ☐ Mouth gag ☐ O ₂ canula/mask ☐ Ambu bag ☐ ET ☐ Respirator ☐ Suction ☐ P.M.		
	การห้ามเลือด ☐ No ☐ Pressure Dressing ☐ Manual Pressure ☐ Others		
	การให้สารน้ำ ☐ No ☐ 5% D/W ☐ NSS ☐ 5% D/NSS ☐ 5% DN/2 ☐ RLS ☐ Others..... Rate.....		
การตามกระดูก ☐ No ☐ Yes ☐ Scoop ☐ Long Spinal Board			
การทำ CPR ☐ No ☐ Yes ☐ Defibrillation			
ความรุนแรง ☐ Non urgent ☐ Urgent ☐ Emergent			
ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....			
การวินิจฉัย (ระบุอวัยวะ).....			
ผลการดูแลรักษาระดับต้น ☐ ไม่ยอมให้รักษา ☐ ไม่มี ☐ ทูเลา ☐ คงเดิม/คงที่ ☐ ทูตหนัก ☐ เป็นการช่วยชีวิต (มีเจตนาตายได้) ☐ เสียชีวิต ☐ เสียชีวิตขณะนำส่ง			

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าหน่วยและผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล.....	เวลา.....	☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน
เหตุผล ☐ เหมาะสม/สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ แพทย์ ☐ พยาบาล	☐ EMT ☐ อื่นๆ.....
ผู้ส่งรายงาน.....	รหัส.....	

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน.....	ระดับความรุนแรง ☐ Non urgent ☐ Urgent ☐ Emergent
ทางเดินหายใจ ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การห้ามเลือด ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การให้สารน้ำ ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การตามกระดูก ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำและเหมาะสม ☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....		
ชื่อผู้ประเมิน.....	ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล	

5. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ระยะเวลาการรักษาที่/ใน โรงพยาบาล.....วัน	☐ หายป่วยปกติ ☐ ทูเลา ☐ รักษาต่อที่อื่น ☐ รักษาเกินวันสิ้นเดือน ☐ เสียชีวิตใน รพ. ☐ กลับไปตายบ้าน
--	---