PH-08-2 แบบบันทึกการปฏิบัติงาน แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (Emergency Room)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ชื่อ-นามสกุลนิสิต................................ **รหัสนิสิต**................ **วัน เดือน ปี ที่ให้บริการ**

HN................ **ชื่อ – นามสกุล**................................

เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง **อายุ**........ปี **ชาวต่างชาติ** ประเทศ................

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ 1. ในจังหวัด................อำเภอ................ ☐ 2. นอกจังหวัด................ ☐ 3. ไม่ทราบ

สิทธิการรักษา ☐ 1. บัตรทอง ☐ 2. ข้าราชการ ☐ 3. ประกันสังคม ☐ 4. แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ☐ 5. ไม่มี ☐ 6. อื่นๆ................

อาชีพ ☐ 1. ไม่มีอาชีพ ☐ 2. ข้าราชการ ☐ 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 4. พนักงานบริษัท/เอกชน ☐ 5. ค้าขาย
☐ 6. ตำรวจ/ทหาร ☐ 7. เกษตรกรรม ☐ 8. นักเรียน/นักศึกษา ☐ 9. ผู้ใช้แรงงานระบุ................

ประเภทผู้ป่วย ☐ บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ☐ ป่วยฉุกเฉิน

สภาพผู้ป่วย

Time	Vital signs				Neuro Signs			DTX
	T	BP	PR	RR	E	V	M	

ความรู้สึก ☐ รู้สึกตัวดี ☐ ซึม ☐ หมดสติปลุกตื่น ☐ หมดสติปลุกไม่ตื่น

การหายใจ ☐ ปกติ ☐ เร็ว ☐ ช้า ☐ ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่หายใจ

บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ แผลถลอก ☐ ฉีกขาด/ตัด ☐ แผลฟกช้ำ ☐ แผลฟกช้ำ ☐ แผลไหม้ ☐ ถูกยิง ☐ ถูกแทง ☐ อวัยวะตัดขาด

กระดูกผิดรูป ☐ ไม่มี ☐ ผิดรูป

อวัยวะ ☐ ศีรษะ/คอ ☐ ใบหน้า ☐ สันหลัง/หลัง ☐ หน้าอก/ไหปลาร้า ☐ ช่องท้อง ☐ เชิงกราน ☐ Extremities ☐ ผิวหนัง

วันที่เกิดเหตุ................**เวลาที่เกิดเหตุ**................**น.**

วันที่มาถึง รพ.................**เวลาที่มาถึง รพ.**................**น.**

สถานที่เกิดเหตุ จังหวัด................อำเภอ................ตำบล................หมู่........

การบาดเจ็บเกิดจาก ☐ 1. อุบัติเหตุ ☐ 2. ทำร้ายตนเอง ☐ 3. ผู้อื่นทำร้าย ☐ 4. N ไม่ทราบ ☐ 5. โรค................ ☐ 6. อื่นๆ................

จุดเกิดเหตุ
- ☐ 1. บ้าน/บริเวณบ้าน ☐ 1.1 บ้านผู้บาดเจ็บ ☐ 1.2 บ้านคู่กรณี ☐ 1.3 บ้านเพื่อนผู้บาดเจ็บ ☐ 1.4 บ้านเพื่อนคู่กรณี ☐ 1.5 บ้านอื่นๆ................
- ☐ 2. หอพัก/อพาร์ทเมนท์
- ☐ 3. รพ./รร./วัด/ ระบุอื่นๆ................
- ☐ 4. สนามกีฬา/สวนสาธารณะ
- ☐ 5. ถนน/ทางหลวง................
- ☐ 6. สถานที่ก่อสร้าง
- ☐ 7. นา ไร่ สวน
- ☐ 8. ห้างสรรพสินค้า ร้านค้า
- ☐ 9. อื่นๆ................

การบาดเจ็บเกิดจากการทำงานในอาชีพ
☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่ ☐ 3. N ไม่ทราบ

การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง

1. ดูแลการหายใจ	☐ 1. มี – เหมาะสม ☐ 3. ไม่จำเป็น	☐ 2. มี – ไม่เหมาะสม ☐ 4. ไม่มี
2. การห้ามเลือด	☐ 1. มี – เหมาะสม ☐ 3. ไม่จำเป็น	☐ 2. มี – ไม่เหมาะสม ☐ 4. ไม่มี
3. Immobilize C-spine	☐ 1. มี – เหมาะสม ☐ 3. ไม่จำเป็น	☐ 2. มี – ไม่เหมาะสม ☐ 4. ไม่มี
4. Splint/Slab	☐ 1. มี – เหมาะสม ☐ 3. ไม่จำเป็น	☐ 2. มี – ไม่เหมาะสม ☐ 4. ไม่มี
5. IV Fluid	☐ 1. มี – เหมาะสม ☐ 3. ไม่จำเป็น	☐ 2. มี – ไม่เหมาะสม ☐ 4. ไม่มี

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)
- ☐ 1. ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ / ส่งชันสูตร
- ☐ 2. มาจากเกิดเหตุโดย
  - ☐ 2.1 ไม่มีผู้นำส่ง ☐ 2.2 N ไม่ทราบ
  - ☐ 2.3 มีผู้นำส่ง หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ................
- ☐ 3. มาจากสถานพยาบาล ชื่อ................จังหวัด................
  - ☐ 3.1 [ ] Ambulance ( ) ไม่มีผู้ดูแล ( ) มีผู้ดูแลขณะนำส่ง ระบุ................
    [ ] ไม่ใช่ Ambulance
  - ☐ 3.2 มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ หรือรักษาก่อนส่งต่อ [ ] มี [ ] ไม่มี

พฤติกรรมเสี่ยง ☐ ไม่มี ☐ มี รายละเอียดดังต่อไปนี้
1. แอลกอฮอล์ ☐ 1 ใช้......mg% ☐ 2 ไม่ใช้ ☐ N ไม่ทราบ
2. ยา ☐ 1 ใช้ ☐ 2 ไม่ใช้ ☐ N ไม่ทราบ
3. เข็มขัดนิรภัย ☐ 1 ใช้ ☐ 2 ไม่ใช้ ☐ N ไม่ทราบ
4. หมวกนิรภัย ☐ 1 ใช้ ☐ 2 ไม่ใช้ ☐ N ไม่ทราบ
5. โทรศัพท์ ☐ 1 ใช้ ☐ 2 ไม่ใช้ ☐ N ไม่ทราบ
6. อื่นๆ................

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ/การหายใจ	☐ ไม่	☐ เปิดทางเดินหายใจ	☐ ใส่ Oral airway
	☐ Ambu bag	☐ ให้ O_2 canula/mask	☐ Pocket Mask
บาดแผล/ห้ามเลือด	☐ ไม่	☐ การกดห้ามเลือด	☐ ทำแผล
การดามกระดูก	☐ ไม่	☐ เฝือกลม/ไม้ดาม/Sling	☐ เฝือกหลักแลคอ (KED)
	☐ เฝือกดามคอมและกระดานรองหลังยาว		
ช่วยฟื้นคืนชีพ	☐ ทำ	☐ ไม่ได้ทำ	
งานหัตถการ	☐ เย็บแผล	☐ ล้างแผล	☐ วัคซีน................
	☐ อื่นๆ................		

ผลการรักษาจาก ER ☐ 1. ปฏิเสธการรักษา ☐ 2. จำหน่าย ☐ 3. DBA ☐ 4. หนีกลับ ☐ 5. ทรุดหนัก ☐ 6. เสียชีวิต ☐ 7. ส่งต่อ ☐ 8. รับไว้

คำแนะนำแก่ผู้ป่วย................................
....
....
....
....

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล (โดยแพทย์ อาจารย์พี่เลี้ยง) ☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล................................จังหวัด................

เหตุผล ☐ เหมาะสม/สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกันสุขภาพ ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า

Admitted ☐ 1. Yes ☐ 2. No

ลงชื่อ................................นิสิต
(................................)
วันที่................

ลงชื่อ................................อาจารย์พี่เลี้ยง
(................................)
วันที่................