

แบบบันทึกทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Case ที่ โรงพยาบาล.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....

HN.....ชื่อ.....สกุล.....เพศ.....

อายุ.....ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

การประเมินผู้ป่วยแรกรับ

1.ประเภทของผู้ป่วย Resuscitation Emergency Urgent Semi-urgent Non-urgent

2. วิธีการมาโรงพยาบาล มาเอง มีผู้นำส่ง ตำรวจ กู้ชีพ อื่นๆ.....

3. สิทธิการรักษา ชำระเงินเอง ประกันสังคม บัตรทอง พรบ. อื่นๆ.....

4. ประวัติได้จาก ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ ผู้นำส่ง อื่นๆ.....

4.1 การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี มี ระบุ..... รักษาต่อเนื่อง รักษาไม่ต่อเนื่อง

4.2 ประวัติการผ่าตัด ไม่มี มี ระบุ.....

4.3 ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี ไม่มี มี ระบุ.....

4.4 การดื่มสุรา/สารเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....

5. สาเหตุ/อาการสำคัญ

.....
.....

5.1 อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....
.....

5.2 ปัญหาและความต้องการแรกรับ.....

.....
.....

6. ผลการตรวจของแพทย์

.....
.....

7. ผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

.....

8. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

.....

.....

9. การรักษาเบื้องต้นของแพทย์

.....

.....

.....

10. ปฏิบัติการทางการพยาบาล

- 10.1 จัดท่า ทำแผล ให้ IV เจาะเลือด ให้ O₂ ใส่ NG
- Clear Airway ให้พ่นยา ฉีดยา คำแนะนำ เจาะ DTX

.....

.....

- 10.2 ประเมินภาวะจิตใจ ปกติ กลัว วิตกกังวล อื่นๆ(ระบุ).

.....

10.3 การเฝ้าระวังต่อเนื่องทางการพยาบาล

เวลา	สัญญาณชีพ				O2 Sat	Coma Score	Pupil		อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาที่พบ	การให้การ รักษาและการพยาบาล	ลงชื่อ
	T	P	R	BP			R	L			

11. การจำหน่าย วันที่.....เวลา.....น

- รูปแบบการจำหน่าย กลับบ้าน Observe Admit Consult อื่นๆ.....

- สภาพก่อนการจำหน่าย

.....

12. ข้อมูลที่แนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

- การเจ็บป่วย/แผนการรักษา เหตุผลการ Admit/Refer การดูแลบาดแผล
 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงที่ต้องกลับมาตรวจซ้ำ
 อื่นๆ.....

ลงชื่อ นิสิต

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....อาจารย์พี่เลี้ยงผู้ประเมิน

(.....)

...../...../.....