

เลขที่บัตรประชาชน .....		HN .....	AN .....
คำนำหน้า ..... ชื่อ..... นามสกุล .....		ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด..... อำเภอ..... ตำบล.....	
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ..... /..... /..... อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน สัญชาติ .....		<input type="checkbox"/> ต่างประเทศ (ระบุ)..... เป็นนักท่องเที่ยว <input type="radio"/> 1 ใช่ <input type="radio"/> 0 ไม่ใช่ <input type="radio"/> N ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบที่อยู่ปัจจุบัน	
อาชีพ <input type="checkbox"/> 00 ไม่มีอาชีพ <input type="checkbox"/> 01 ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 02 ตำรวจ/ทหาร <input type="checkbox"/> 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 04 พนักงานบริษัท..... <input type="checkbox"/> 05 ผู้ใช้แรงงาน..... <input type="checkbox"/> 06 ค้าขาย <input type="checkbox"/> 07 เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 08 นักเรียน/นักศึกษา ..... <input type="checkbox"/> 20 Rider <input type="checkbox"/> 21 จักรยานยนต์รับจ้าง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....			
สาเหตุการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 1 อุบัติเหตุจากการขนส่ง <input type="checkbox"/> 2 อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บอื่นๆ ..... <input type="radio"/> เป็นMass Casualty วันที่เกิดเหตุ ..... /..... /..... เวลา ..... น. ถึงโรงพยาบาล ..... /..... /..... เวลา ..... น. สถานที่เกิดเหตุ จังหวัด..... อำเภอ..... ตำบล..... หมู่บ้าน.....			
จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> 1 บ้าน/บริเวณบ้าน <input type="radio"/> 11 บ้านผู้บาดเจ็บ <input type="radio"/> 12 บ้านคู่กรณี <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ <input type="radio"/> 17 บ้านอื่นๆระบุ.....		การบาดเจ็บเกิดโดย	
<input type="checkbox"/> 2 หอทัก เรือจ้ำ สถานีเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร <input type="checkbox"/> 3 รพ./ร./วัด ระบุชื่อ.....		<input type="checkbox"/> 1 อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 2 ทำร้ายตนเอง	
<input type="checkbox"/> 4 สนามกีฬาสาธารณะ <input type="checkbox"/> 5 ถนน ระบุชื่อถนน/แยก/ซอย.....		<input type="checkbox"/> 3 ผู้อื่นทำร้าย <input type="checkbox"/> 4 ปฏิบัติการทางกฎหมาย/สงคราม	
<input type="checkbox"/> 6 สถานที่ขายสินค้าและบริการ ..... <input type="checkbox"/> 7 สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน ระบุชื่อ.....		<input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ	
<input type="checkbox"/> 8 นา ไร่ สวน <input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ ระบุ .....			
บาดเจ็บเกิดจากการทำงานในอาชีพ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ		ระดับการคัดแยก (ความเร่งด่วน) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
ประเภทผู้บาดเจ็บเป็น <input type="checkbox"/> 1 คนเดินเท้า <input type="checkbox"/> 2 คนขี่ <input type="checkbox"/> 3 คนโดยสาร <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ		กลไกการบาดเจ็บ	
ยานพาหนะของผู้บาดเจ็บ ทะเบียนรถ .....		<input type="checkbox"/> 20 ตกจากพาหนะ <input type="checkbox"/> 21 พาหนะล้ม คร่า ตก ล่ม จม	
<input type="checkbox"/> 01 จักรยาน/สามล้อ <input type="checkbox"/> 011 จักรยานไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 03 สามล้อเครื่อง		<input type="checkbox"/> ถูกชนหรือชนกับ ..... <input type="checkbox"/> 99 อื่นๆ ระบุ .....	
<input type="checkbox"/> 02 จักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> 021 บิ๊กไบค์ <input type="checkbox"/> 022 จักรยานยนต์ไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 023 จักรยานยนต์พ่วงข้าง		เหตุการณ์และกิจกรรมขณะเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> 0 กิจกรรมกีฬา <input type="checkbox"/> 1 กิจกรรมยามว่าง	
<input type="checkbox"/> 04 รถเก๋ง/SUV <input type="checkbox"/> 041 รถเก๋ง/SUV ไฟฟ้า		<input type="checkbox"/> 2 ระหว่างทำงานเพื่อรายได้ <input type="checkbox"/> 3 ขณะทำงานประเภทอื่นๆ	
<input type="checkbox"/> 05 ปิกอัพ <input type="radio"/> 1 ตอนหน้า <input type="radio"/> 2 ตอนหลัง		<input type="checkbox"/> 4 พักผ่อน/ กิจกรรมต่างๆ ในชีวิตสุขอนามัยบุคคล	
<input type="checkbox"/> 06 รถบรรทุกหนัก <input type="checkbox"/> 07 รถพ่วง <input type="checkbox"/> 08 รถโดยสารสองแถว <input type="checkbox"/> 09 รถโดยสารบัส		<input type="checkbox"/> 8 ขณะทำกิจกรรมที่ระบุรายละเอียดอื่นๆ <input type="checkbox"/> 9 ขณะทำกิจกรรมที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดอื่นๆ	
<input type="checkbox"/> 18 รถตู้ ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ		การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง	
<input type="checkbox"/> 1 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ /ส่งชันสูตร <input type="checkbox"/> 2 มาจากที่เกิดเหตุ		ดูแลการหายใจ	
<input type="radio"/> มีผู้นำส่ง <input type="radio"/> ไม่มีผู้นำส่ง/มาเอง		<input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี	
△ 1 ตำรวจ /ทหาร		ห้ามเลือด	
△ 3 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		<input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี	
ระดับ <input type="radio"/> 1 ALS <input type="radio"/> 4 ILS <input type="radio"/> 2 BLS <input type="radio"/> 3 FR <input type="radio"/> 0 ไม่ระบุ		immobilize C-Spine	
ชื่อหน่วยงาน/มูลนิธิ .....		<input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี	
△ 4 องค์การอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS △ 9 ญาติ/ผู้พบเห็น/อื่นๆ ระบุ..... △ N ไม่ทราบ		Splint/Slap อื่นๆ	
<input type="checkbox"/> 3 ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น (Refer)		<input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี	
ชื่อสถานพยาบาล .....		IV Fluid	
จังหวัด .....		<input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี	
<input type="checkbox"/> มาโดย <input type="radio"/> ambulance มีผู้ดูแลระบุ..... <input type="radio"/> 1 ไม่มีผู้ดูแล			
<input type="radio"/> 0 ไม่ใช่ ambulance			
มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ และ/หรือ การรักษาการส่งต่อ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี			
แอลกอฮอล์ผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ		ยา/วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท <input type="checkbox"/> 1 ใช่ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ	
ส่งตรวจแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> 1 ไม่มีการส่งตรวจ <input type="checkbox"/> 2 ส่งตรวจผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ทราบ		กัญชา <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ กระพ้อม <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ	
<input type="checkbox"/> 3 ส่งตรวจเฉพาะผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บ		เข็มขัดนิรภัย <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่ Car seat <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ	
<input type="checkbox"/> 4 ส่งตรวจทั้งผู้บาดเจ็บและผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บ		หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ	
ปริมาณแอลกอฮอล์ ที่พบ .....		อื่นๆ ระบุ.....	
ปริมาณแอลกอฮอล์ ที่พบ .....			
ลักษณะการบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 1 Blunt <input type="checkbox"/> 2 Penetrating		ประวัติสลบตั้งแต่เกิดเหตุ	
<input type="checkbox"/> 3 Blunt ร่วมกับ Penetrating <input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ		<input type="checkbox"/> 1 ไม่สลบ <input type="checkbox"/> 2 สลบ .....ชม. ....นาที <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	
		Vital signs แกร็บที่ ER	
		BP...../..... (mmHg) PR.....(ครั้ง/นาที)	
		RR..... (ครั้ง/นาที) GCS : E..... V..... M.....	
ส่งออกจาก ER <input type="checkbox"/> 1 Consult..... <input type="checkbox"/> 2 Observe <input type="checkbox"/> 3 OR <input type="checkbox"/> 5 ห้อง Post /เก็บศพ วันที่เสียชีวิต (กรณีเสียชีวิต) ..... /..... /..... เวลา..... น.			
ผลการรักษาจาก ER <input type="checkbox"/> 1 DBA <input type="checkbox"/> 2 จำหน่าย <input type="checkbox"/> 3 ส่งต่อ <input type="checkbox"/> 4 ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> 5 หนักกลับ <input type="checkbox"/> 6 เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 7 รับไว้รักษา.....ออกจาก ER วันที่ ..... /..... /..... เวลา..... น.			
กรณีส่งต่อ รพ.อื่น ( <input type="checkbox"/> Refer Out <input type="checkbox"/> Refer Back) รหัสสถานพยาบาล..... จังหวัด..... สถานพยาบาล .....			
DIAGNOSIS 1 - 6 (กรณีที่ admit ไม่ต้องกรอกที่ ER)			
1 ..... BR.....AIS ..... 2 ..... BR.....AIS ..... 3 ..... BR.....AIS .....			
4 ..... BR.....AIS ..... 5 ..... BR.....AIS ..... 6 ..... BR.....AIS.....			
จำหน่ายจากหอผู้ป่วย วันที่.....โดย <input type="checkbox"/> 1 พยาบาล <input type="checkbox"/> 2.ส่งต่อ <input type="checkbox"/> 3 ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> 4 หนักกลับ <input type="checkbox"/> 5 เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 6 ยังไม่จำหน่าย			
รายละเอียดอื่นๆ			
ชื่อผู้บันทึก 1. .... 2. ....			