|  |
| --- |
| **แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาล**.....................................................................................................จังหวัด..................................................**Pher**  23 September 2024 |
| **เลขที่บัตรประชาชน** ­………………………………………………………………………………….…………. | HN ………………………............................………..  AN ………………………………....................... |
| คำนำหน้า ………… ชื่อ................................. นามสกุล .................................................................................เพศ 🞎 ชาย 🞎 หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ...... /...... /......  อายุ ......ปี .......เดือน ......วัน สัญชาติ .............. | **ที่อยู่ปัจจุบัน** จังหวัด ................ อำเภอ ............... ตำบล ...................... 🞎 ต่างประเทศ (ระบุ)................... เป็นนักท่องเที่ยว 🞅 1 ใช่ 🞅 0 ไม่ใช่ 🞅 N ไม่ทราบ  🞎 N ไม่ทราบที่อยู่ปัจจุบัน |
| อาชีพ 🞎 00 ไม่มีอาชีพ 🞎 01 ข้าราชการ 🞎 02 ตำรวจ/ทหาร 🞎 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 🞎 04 พนักงานบริษัท………………………………………… 🞎 05 ผู้ใช้แรงงาน…………………………… 🞎 06 ค้าขาย 🞎 07 เกษตรกรรม  🞎 08 นักเรียน/นักศึกษา ……………………………………………………… 🞎 20 Rider 🞎 21 จักรยานยนต์รับจ้าง 🞎 อื่นๆ ระบุ …………………………………………………………… |
| **สาเหตุการบาดเจ็บ**   🞎 1 อุบัติเหตุจากการขนส่ง   🞎 2 อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บอื่นๆ ………………………………..……………🞅 เป็นMass Casualty **วันที่เกิดเหตุ** ..... /...... /....... เวลา ....... น.ถึงโรงพยาบาล .......... /.................... /............. เวลา ...................... น. **สถานที่เกิดเหตุ** จังหวัด ............................. อำเภอ ...................... ตำบล .............................หมู่บ้าน…………………...……... |
| **จุดเกิดเหตุ** □ **1** บ้าน/บริเวณบ้าน 🞅11 บ้านผู้บาดเจ็บ 🞅12 บ้านคู่กรณี □ N ไม่ทราบ 🞅17 บ้านอื่นๆระบุ………...................  □ **2** หอพัก เรือนจำ สถานเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร □ **3** รพ./รร./วัด ระบุชื่อ........................................................ □ **4** สนามกีฬาสาธารณะ □ **5** ถนน ระบุชื่อถนน/แยก/ซอย.......................................... □ **6** สถานที่ขายสินค้าและบริการ ………………………...........□ **7** สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน ระบุชื่อ……............................... □ **8** นา ไร่ สวน □ **9** อื่นๆ ระบุ. ...................................................................... | **การบาดเจ็บเกิดโดย**□ 1 อุบัติเหตุ     □ 2 ทำร้ายตนเอง□ 3 ผู้อื่นทำร้าย  □ 4 ปฏิบัติการทางกฎหมาย/สงคราม□ N ไม่ทราบ |
| **บาดเจ็บเกิดจากการทำงานในอาชีพ** □ 1 ใช่ □ 0 ไม่ใช่ □ N ไม่ทราบ | ระดับการคัดแยก (ความเร่งด่วน) □ 1  □ 2  □ 3 □ 4 □ 5 |
| **ประเภทผู้บาดเจ็บเป็น** 🞎 1 คนเดินเท้า 🞎 2 คนขับขี่  🞎 3 คนโดยสาร 🞎 N ไม่ทราบ**ยานพาหนะของผู้บาดเจ็บ ทะเบียนรถ** ............................................................□01 จักรยาน/สามล้อ □ 011 จักรยานไฟฟ้า □ 03 สามล้อเครื่อง □02 จักรยานยนต์ □ 021 บิ๊กไบค์ □ 022 จักรยานยนต์ไฟฟ้า □ 023 จักรยานยนต์พ่วงข้าง □04 รถเก๋ง/SUV □ 041 รถเก๋ง/SUV ไฟฟ้า □05 ปิกอัพ 🞅 1 ตอนหน้า 🞅 2 ตอนหลัง □06 รถบรรทุกหนัก □ 07 รถพ่วง □ 08 รถโดยสารสองแถว □09 รถโดยสารบัส □18 รถตู้ ระบุ……………….……… □ อื่นๆ ระบุ..................................................... | **กลไกการบาดเจ็บ**  □ 20 ตกจากพาหนะ □ 21 พาหนะล้ม คว่ำ ตก ล่ม จม  □ ถูกชนหรือชนกับ ............................ □ 99 อื่นๆ ระบุ ........................................ **เหตุการณ์และกิจกรรมขณะเกิดเหตุ** □ 0 กิจกรรมกีฬา □ 1 กิจกรรมยามว่าง  □ 2 ระหว่างทำงานเพื่อรายได้ □ 3 ขณะทำงานประเภทอื่นๆ □ 4 พักผ่อน/ กิจกรรมต่างๆ ในชีวิตสุขอนามัยบุคคล □ 8 ขณะทํากิจกรรมที่ระบุรายละเอียดอื่นๆ □ 9 ขณะทํากิจกรรมที่มิได้ระบุรายละเอียดอื่นๆ |
| **การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ** □ 1 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ /ส่งชันสูตร □ 2 มาจากที่เกิดเหตุ  🞅 **มีผู้นำส่ง** 🞅 **ไม่มีผู้นำส่ง/มาเอง**  ∆ 1 ตำรวจ /ทหาร  ∆ 3 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  ระดับ 🞅 1 ALS 🞅 4 ILS 🞅 2 BLS 🞅 3 FR 🞅 0 ไม่ระบุ ชื่อหน่วยงาน/มูลนิธิ .............................................................................. ∆ 4 องค์กรอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS ∆ 9 ญาติ/ผู้พบเห็น/อื่นๆ ระบุ................................... ∆ N ไม่ทราบ□ 3 ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่น (Refer) ชื่อสถานพยาบาล ............................................................. จังหวัด ........................................... □ มาโดย 🞅 ambulance มีผู้ดูแลระบุ............................................................. 🞅 1 ไม่มีผู้ดูแล 🞅 7  🞅 0 ไม่ใช่ ambulance มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ และ/หรือ การรักษาการส่งต่อ 🞅 มี 🞅ไม่มี | **การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง****ดูแลการหายใจ**□ 1 มี-เหมาะสม □ 2 มี-ไม่เหมาะสม………….…………………………………□ 3 ไม่จำเป็น □ 0 ไม่มี **ห้ามเลือด**□ 1 มี-เหมาะสม □ 2 มี-ไม่เหมาะสม………….…………………………………□ 3 ไม่จำเป็น □ 0 ไม่มี**immobilize C-Spine**□ 1 มี-เหมาะสม □ 2 มี-ไม่เหมาะสม………….…………………………………□ 3 ไม่จำเป็น □ 0 ไม่มี**Splint/Slap อื่นๆ**□ 1 มี-เหมาะสม □ 2 มี-ไม่เหมาะสม………….…………………………………□ 3 ไม่จำเป็น □ 0 ไม่มี**IV Fluid**□ 1 มี-เหมาะสม □ 2 มี-ไม่เหมาะสม………….…………………………………□ 3 ไม่จำเป็น □ 0 ไม่มี |
| **แอลกอฮอล์ผู้บาดเจ็บ** □ 1 ใช้ □ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ **ส่งตรวจแอลกอฮอล์** □ 1 ไม่มีการส่งตรวจ □ 2 ส่งตรวจผู้บาดเจ็บ □ 0 ไม่ทราบ □ 3 ส่งตรวจเฉพาะผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บ □ 4 ส่งตรวจทั้งผู้บาดเจ็บและผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บปริมาณแอลกอฮอล์ ที่พบ ..................................(mg%)  | **ยา/วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** □ 1 ใช้ ระบุ…………………………………………………… □ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ **กัญชา** □ 1 ใช้ □ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ **กระท่อม** □ 1 ใช้ □ 0 ไม่ใช้ □N ไม่ทราบ**เข็ดขัดนิรภัย** □ 1 ใช้ □ 2 ใช้ Car seat□ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ **หมวกนิรภัย** □ 1 ใช้ □ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ **โทรศัพท์** □ 1 ใช้ □ 0 ไม่ใช้ □ N ไม่ทราบ**อื่นๆ** ระบุ……………………………………………………….. |
| **ลักษณะการบาดเจ็บ** □ 1 Blunt □ 2 Penetrating□ 3 Blunt ร่วมกับ Penetrating □ 9 อื่นๆ | **ประวัติสลบตั้งแต่เกิดเหตุ**□1 ไม่สลบ □ 2 สลบ ......ชม. ......นาที □ 3 ไม่ทราบ | **Vital signs แรกรับที่ ER**  BP.............../............... (mmHg) PR…….........(ครั้ง/นาที)  RR …….(ครั้ง/นาที) GCS : E ....... V ....... M ........  |
| **ส่งออกจาก ER**  □ 1 Consult………................……… □ 2 Observe □ 3 OR □ 5 ห้อง Post /เก็บศพ วันที่เสียชีวิต (กรณีเสียชีวิต) …………... /…………….. /…………….. เวลา................... น.**ผลการรักษาจาก ER** □ 1 DBA □ 2 จำหน่าย □3 ส่งต่อ □4 ปฏิเสธการรักษา □5 หนีกลับ □6 เสียชีวิต □7 รับไว้รักษา......................**ออกจาก ER**  วันที่ ..... /..... /.... เวลา........ น.  |
| **กรณีส่งต่อ รพ.อื่น (**□ **Refer Out** □ **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 □ 1 ทุเลา □ 2.ส่งต่อ □ 3 ปฏิเสธการรักษา □ 4 หนีกลับ □ 5 เสียชีวิต □ 6 ยังไม่จำหน่าย |
| **รายละเอียดอื่นๆ** |
|  **ชื่อผู้บันทึก** 1. ...................................................................................................................... 2. ...................................................................................................................................................**หมายเหตุ ดูรายละเอียดในคู่มือบันทึกเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (รายงานชุดนี้ใช้เพื่อการเฝ้าระวังการบาดเจ็บไม่สามารถนำไปอ้างอิงทางกฎหมาย)** |