

แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาล.....			จังหวัด.....Pher 23 September 2024		
เลขที่บัตรประชาชน		HN AN			
คำนำหน้า ชื่อ..... นามสกุล		ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด อำเภอ ตำบล			
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด /..... /..... อายุปีเดือนวัน สัญชาติ		☐ 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 คนขับซี ☐ 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 คร่า ตก ล่ม จม ☐ ถูกชนหรือชนกับ ☐ 99 อื่นๆ ระบุ เหตุการณ์และกิจกรรมขณะเกิดเหตุ ☐ 0 กิจกรรมกีฬา ☐ 1 กิจกรรมยามว่าง ☐ 2 ระหว่างทำงานเพื่อรายได้ ☐ 3 ขณะทำงานประเภทอื่นๆ ☐ 4 พักผ่อน/ กิจกรรมต่างๆ ในชีวิตสุขอนามัยบุคคล ☐ 8 ขณะทำกิจกรรมที่ระบุรายละเอียดอื่นๆ ☐ 9 ขณะทำกิจกรรมที่มีได้ระบุรายละเอียดอื่นๆ		
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 องค์การอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS △ 9ญาติ/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 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ ส่งตรวจแอลกอฮอล์ ☐ 1 ไม่มีการส่งตรวจ ☐ 2 ส่งตรวจผู้บาดเจ็บ ☐ 0 ไม่ทราบ ☐ 3 ส่งตรวจเฉพาะผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บ ☐ 4 ส่งตรวจทั้งผู้บาดเจ็บและผู้ขับขี่ที่ไม่ใช่ผู้บาดเจ็บ ปริมาณแอลกอฮอล์ ที่พบ(mg%)			ยา/วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ☐ 1 ใช่ ระบุ..... ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ กัญชา ☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ กระพ๋อม ☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ เช็ดขัดนิกภัย ☐ 1 ใช่ ☐ 2 ใช่ Car seat ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ หมวกนิภัย ☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ ไทคัพท์ ☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ อื่นๆ ระบุ.....		
ลักษณะการบาดเจ็บ ☐ 1 Blunt ☐ 2 Penetrating ☐ 3 Blunt ร่วมกับ Penetrating ☐ 9 อื่นๆ		ประวัติสลบตั้งแต่เกิดเหตุ ☐ 1 ไม่สลบ ☐ 2 สลบชม.นาที่ ☐ 3 ไม่ทราบ		Vital signs แรกจับที่ 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 (กรณีที่ไม่ admit ไม่ต้องกรอกที่ ER) 1 BR.....AIS 2 BR.....AIS 3 BR.....AIS 4 BR.....AIS 5 BR.....AIS 6 BR.....AIS					
จำหน่ายจากหอผู้ป่วย วันที่โดย ☐ 1 พยาบาล ☐ 2.ส่งต่อ ☐ 3 ปฏิเสธการรักษา ☐ 4 หนีกลับ ☐ 5 เสียชีวิต ☐ 6 ยังไม่จำหน่าย					
รายละเอียดอื่นๆ					
ชื่อผู้บันทึก 1. 2.					