

แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาล..... จังหวัด..... IS_2 ^{sd} June 2015	
HN.....ชื่อ.....สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน ID.....	ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1.ในจังหวัด.....อำเภอ..... <input type="checkbox"/> 2.นอกจังหวัด..... <input type="checkbox"/> 3.นอกประเทศ..... <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ
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 ผู้ใช้แรงงานระบุ..... <input type="checkbox"/> 06 ค้าขาย <input type="checkbox"/> 07 เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 08 นักเรียน/นักศึกษา ร.ร..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....(*)	
วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิดเหตุ.....น. วันที่มาถึง รพ.....เวลาที่มาถึงรพ.....น. สถานที่เกิดเหตุ จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....หมู่.....	การบาดเจ็บเกิดโดย <input type="checkbox"/> 1. อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 2. ทำร้ายตนเอง <input type="checkbox"/> 3. ผู้อื่นทำร้าย <input type="checkbox"/> 4. ปฏิบัติการทางกฎหมาย/ สงคราม/ สถานการณ์ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ
จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> 1. บ้าน/บริเวณบ้าน <input type="radio"/> 1.1 บ้านผู้บาดเจ็บ <input type="radio"/> 1.2 บ้านคู่กรณี <input type="radio"/> 1.3 บ้านเพื่อนผู้บาดเจ็บ <input type="radio"/> 1.4 บ้านเพื่อนคู่กรณี <input type="radio"/> 1.5 บ้านอื่นระบุ..... <input type="checkbox"/> 2. หอพัก เรือนจำ สถานเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร <input type="checkbox"/> 3. รพ./ร.ร./วัด ระบุชื่อ.....(*) <input type="checkbox"/> 4. สนามกีฬาสาธารณะ <input type="checkbox"/> 5. ถนนหรือทางหลวง ระบุ..... <input type="checkbox"/> 6. สถานที่ขายสินค้าและบริการ <input type="checkbox"/> 7. สถานที่ก่อสร้าง โรงงานระบุ..... <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
สาเหตุของการบาดเจ็บ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. อุบัติเหตุจากการขนส่ง ระดับการคัดแยก (1) (2) (3) (4) (5) 1.1 ผู้บาดเจ็บเป็น <input type="radio"/> 1 คนเดินเท้า <input type="radio"/> 2 คนขี่ <input type="radio"/> 3 คนโดยสาร <input type="radio"/> N ไม่ทราบ 1.2 พาหนะของผู้บาดเจ็บ <input type="radio"/> 01 รถ จักรยาน/สามล้อ <input type="radio"/> 02 รถจักรยานยนต์ <input type="radio"/> 03 รถสามล้อเครื่อง <input type="radio"/> 04 รถเก๋ง <input type="radio"/> 05 รถปิกอัพ <input type="radio"/> 1. ตอนหน้า <input type="radio"/> 2. ตอนหลัง <input type="radio"/> 06 รถบรรทุกหนัก <input type="radio"/> 07 รถพ่วง <input type="radio"/> 08 รถโดยสารสองแถว <input type="radio"/> 09 รถโดยสารบัส <input type="radio"/> 18 รถตู้ <input type="radio"/> รถอื่นๆ (ระบุ).....(*) 1.3 การบาดเจ็บเกิดจาก <input type="radio"/> 20 ตกจากพาหนะ <input type="radio"/> 21 พาหนะล้ม คว่ำ ตก ล้ม จม <input type="radio"/> ถูกชนหรือชนกับ..... <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ.....(*) <input type="checkbox"/> 2. อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บอื่นๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ..... (ICD-10) เหตุการณ์และกิจกรรมขณะเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> 0 กิจกรรมกีฬา <input type="checkbox"/> 1 กิจกรรมยามว่าง <input type="checkbox"/> 2 ระหว่างทำงานเพื่อรายได้ <input type="checkbox"/> 3 ขณะทำงานประเภทอื่นๆ <input type="checkbox"/> 4 ขณะพักผ่อน นอน รับประทานอาหาร ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตสุขอนามัยบุคคล <input type="checkbox"/> 8 ทำกิจกรรมที่ระบุรายละเอียดอื่นๆ <input type="checkbox"/> 9 ทำกิจกรรมที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้บาดเจ็บ.....	พฤติกรรมเสี่ยง 1. แอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> 1 ใช้..... mg% <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ 2. ยา <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ 3. เข็มฉีดยา <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ 4. หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ 5. โทร.เคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ 6. อื่นๆ ระบุ.....(*)
การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ / ส่งชันสูตร <input type="checkbox"/> 2. มาจากที่เกิดเหตุโดย <input type="radio"/> ไม่มีผู้นำส่ง <input type="radio"/> N ไม่ทราบ <input type="radio"/> มีผู้นำส่ง <input type="checkbox"/> 2.1 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ.....หน่วย..... <input type="checkbox"/> 2.2 องค์การอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS ระบุ..... <input type="checkbox"/> 2.3 อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 3. มาจากสถานพยาบาลชื่อ.....จังหวัด..... 3.1 มาโดย <input type="radio"/> ambulance <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแลขณะนำส่ง ระบุ.....(*) <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแล <input type="radio"/> ไม่ใช่ ambulance 3.2 มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ และ/หรือ การรักษาก่อนส่งต่อ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง 1. ดูแลการหายใจ <input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี 2. การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี 3. Immobilize C-spine <input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี 4. Splint/Slab อื่นๆ <input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี 5. IV Fluid <input type="checkbox"/> 1 มี-เหมาะสม <input type="checkbox"/> 2 มี-ไม่เหมาะสม..... <input type="checkbox"/> 3 ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี
Hx. cons (ตั้งแต่เกิดเหตุ) <input type="checkbox"/> 1. ไม่สลบ <input type="checkbox"/> N ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 2. สลบนาน.....ชม.....นาที	vital signs แรกรับที่ ER BP.....mm.Hg P..... / m RR..... / m GCS. = E..... V..... M..... ออกจาก ER.วันที่.....เวลา..... น. ส่ง <input type="checkbox"/> 1. Consult..... <input type="checkbox"/> 2. Observe ER <input type="checkbox"/> 3. OR <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ..... ผลการรักษาจากER <input type="checkbox"/> 1.DBA <input type="checkbox"/> 2.จำหน่าย <input type="checkbox"/> 3. ส่งต่อ <input type="checkbox"/> 4.ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> 5.หนีกลับ <input type="checkbox"/> 6.ตาย <input type="checkbox"/> 7.รับไว้.....
DIAGNOSIS 1-6 (กรณีที่ admit ไม่ต้องกรอกที่ ER) 1..... BR.....AIS..... 4..... BR.....AIS..... 2..... BR.....AIS..... 5..... BR.....AIS..... 3..... 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. หนีกลับ <input type="checkbox"/> 5. ตาย <input type="checkbox"/> 6. ยังไม่จำหน่าย	
ส่งต่อจังหวัด.....สถานพยาบาล.....	
ชื่อผู้บันทึก 1..... 2.....	

(*) หมายเหตุดูรายละเอียดในคู่มือบันทึกเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

(รายงานชุดนี้ใช้เพื่อการเฝ้าระวังการบาดเจ็บไม่สามารถนำไปอ้างอิงทางกฎหมาย)