

แบบบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บ รพม.รพศ.....จังหวัด.....

ชื่อ.....สกุล..... ID No.....HN.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... 1. ในจังหวัด 2. นอกจังหวัด 3. ไม่ทราบ

เพศ 1 ชาย 2 หญิง เกิดวันที่.....หรือ อายุ.....วัน.....เดือน.....ปี AN.....

อาชีพ 01 ข้าราชการ 02 ตำรวจ/ทหาร 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 04 พนักงานบริษัท 05 ผู้ใช้แรงงาน (ระบุ).....

06 ค้าขาย 07 เกษตรกรรม 08 นักศึกษา/นักเรียน อื่นๆ (ระบุ).....

สาเหตุของการบาดเจ็บ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- 1. อุบัติเหตุจากการขนส่ง
 - 1.1 ผู้บาดเจ็บเป็น 1 คนเดินเท้า 2 คนขี่ 3 คนโดยสาร ไม่ทราบ
 - 1.2 พาหนะของผู้บาดเจ็บ 01 จักรยาน/สามล้อ 02 จักรยานยนต์ 03 สามล้อเครื่อง 04 รถเก๋ง 05 รถปิกอัพ รถตู้
 - 06 รถบรรทุกหนัก 07 รถพ่วง 08 รถโดยสารสองแถว 09 รถโดยสารบัส อื่นๆ (ระบุ).....
 - 1.3 การบาดเจ็บเกิดจาก 20 ตกจากพาหนะ 21 พาหนะล้ม/คว่ำ/ตก/ล้ม/จม ถูกชนหรือชนกับ (ระบุ).....
 - อื่นๆ (ระบุ).....
 - 2. อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บอื่นๆ (ระบุ)..... 3 ไม่ทราบ
- เหตุการณ์และกิจกรรมขณะเกิดเหตุ note (ICD 10)

บาดเจ็บเกิดจากการทำงานในอาชีพ 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ

พฤติกรรมเสี่ยง 1. แอลกอฮอล์ 1 ใช่.....mg 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ 2. โทร.เคลื่อนที่ 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ 3. เข็มฉีดยา 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ

4. หมวกนิรภัย 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ 5. เข็มเข็ม/ไอ 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ 0 ไม่ทราบ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- 1. ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ/ส่งชันสูตร 2. มาจากที่เกิดเหตุ โดย มีผู้นำส่ง ไม่ทราบ
 - มีผู้นำส่งคือ 2.1 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระบุ..... 2.2 องค์กรอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS ระบุ.....
 - 2.3 อื่นๆ (ระบุ).....
 - ไม่มีผู้นำส่ง 2 ไม่ทราบ
- 3. มาจากสถานพยาบาลชื่อ.....จังหวัด.....
 - 3.1 มาโดย Ambulance มีผู้ดูแลระหว่างนำส่ง ระบุ..... ไม่มีผู้ดูแลระหว่างนำส่ง
 - ไม่ใช่ Ambulance ระบุยานพาหนะ.....
 - 3.2 มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ และหรือ การรักษาก่อนส่งต่อ มี ไม่มี

Hx.Cons (ตั้งแต่ที่เกิดเหตุ) สลบนาน.....ชม.....นาที ไม่สลบ ไม่ทราบ vital signs แรกรับที่ ER. BP.....mm/Hg P.....BPM RR.....BPM

O₂sat.....% เวลา.....น. GCS = E.....V.....M..... Pupil Size Rt.....mm. RTL/SRTL/NRTL Lt.....mm. RTL/SRTL/NRTL

ER	เวลาที่ Trauma Surgeon ตรวจผู้ป่วย.....
	Consult หน่วย.....เวลา.....เวลาที่แพทย์มาตรวจ.....
	Consult หน่วย.....เวลา.....เวลาที่แพทย์มาตรวจ.....
	Consult หน่วย.....เวลา.....เวลาที่แพทย์มาตรวจ.....
	การรักษา.....(รหัส,จำนวน)
จำหน่ายจาก ER. เวลา.....น. วันที่..... สภาพผู้ป่วยขณะออกจาก ER. BP.....mm/Hg P.....BPM RR.....BPM	
O ₂ sat.....% เวลา.....น. GCS = E.....V.....M..... Pupil Size Rt.....mm. RTL/SRTL/NRTL Lt.....mm. RTL/SRTL/NRTL	
ผลการรักษา ER รับไว้รักษา <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> WARD <input type="checkbox"/> จำหน่าย <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> จำหน่าย <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> หนีกลับ <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> DBA	
Comment.....	
.....	
.....	
.....	

OR	Set ผ่าตัด เวลา..... เริ่มผ่าตัดเวลา..... ผ่าตัดเสร็จเวลา..... หัตถการ สภาพผู้ป่วยขณะออกจากห้องผ่าตัด. เวลา.....BP.....mm/Hg P.....BPM O ₂ sat.....%
ICU/WARD	เวลาโทรแจ้ง..... เวลาที่ผู้ป่วยถึง สภาพผู้ป่วยแรกรับ BP.....mm/Hg P.....RPM O ₂ sat.....% GCS. = E.....M.....V.....Pupil Size Rt.....mm. RTL/SRTL/NRTL Lt.....mm. RTL/SRTL/NRTL วันเวลาที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ..... วันเวลาที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ..... 1. Clinical risk <input type="checkbox"/> SBP ต่ำกว่า 80 mm/Hg <input type="checkbox"/> GCS decrease มากกว่าหรือเท่ากับ 2 <input type="checkbox"/> มีภาวะ Renal failure ค่า Cr. มากกว่า 1.5 หรือ มี urine ออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr 2. LOS (Length of Stay).....วัน 3. Complication สภาพผู้ป่วยก่อนออกจาก ICU/WARD วันเวลา..... BP.....mm/Hg P.....RPM O ₂ sat.....% GCS. = E.....M.....V.....Pupil Size Rt.....mm. RTL/SRTL/NRTL Lt.....mm. RTL/SRTL/NRTL
การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย 1. Dx.....BR.....AIS..... 2. Dx.....BR.....AIS..... 3. Dx.....BR.....AIS..... ISS.....TRISS.....	
ผลการรักษา Medical <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> พิการ Non-Medical <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่าย.....บาท <input type="checkbox"/> ความพึงพอใจ..... <input type="checkbox"/> LOS.....วัน	