

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (30 ม.ค. 56)

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

คำนำหน้า/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง

เลข 13 หลัก ---- วันเดือนปีเกิด // อายุ \_\_\_\_\_ ปี

ศาสนา \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_ สถานะ  โสด  คู่  ม่าย  หย่า  แยก สิทธิการรักษา \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ หมู่ที่  ตำบล \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ \_\_\_\_\_

วันที่เกิดเหตุ //2556 เวลา : น. วันที่มาถึงรพ. //2556 เวลา : น.

สถานที่เกิดเหตุ บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ หมู่ที่  ตำบล \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ\* \_\_\_\_\_

สาเหตุการบาดเจ็บ  ทำร้ายตนเอง  ผู้อื่นทำร้าย  จากปฏิบัติการทางกฎหมาย/สงคราม  ไม่ทราบความตั้งใจ

ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ\* \_\_\_\_\_ เกิดขณะปฏิบัติหน้าที่  ใช่  ไม่ใช่

สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (ICD-10 X60-Y36) \_\_\_\_\_

\*ตามรหัส ICD-10

การมารพ.  0.ตายในที่เกิดเหตุ  1.ตายขณะนำส่ง  2.ส่งจากที่เกิดเหตุโดย  ไม่ทราบ  มาเอง  หน่วย EMS ระบุ \_\_\_\_\_

หน่วยกู้ชีพอื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_  ทหาร  ตำรวจ  ญาติ/ชาวบ้าน  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

3.ส่งมาจาก รพ. \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ พาหนะ  รถพยาบาล  ไม่ใช่ ระบุ \_\_\_\_\_

มีผู้ดูแลขณะนำส่ง ระบุ \_\_\_\_\_  ไม่มี การดูแลขณะนำส่ง (1=มี-เหมาะสม 2=มี-ไม่เหมาะสม 3=ไม่จำเป็น 4=ไม่มี)

การดูแลการหายใจ  การห้ามเลือด  C spine collar  Splint/slab  IV fluid

Vital Signs แรกรับ BP / PR  RR  E  V  M  Hx Consciousness (ตั้งแต่เกิดเหตุ)

สลบนาน \_\_\_\_\_ ชม. \_\_\_\_\_ นาที  ไม่สลบ  ไม่ทราบ ลักษณะการบาดเจ็บ  Blunt  Penetrating  Blunt penetrating  อื่นๆ

Diagnosis1 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_ Diagnosis4 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_

Diagnosis2 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_ Diagnosis5 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_

Diagnosis3 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_ Diagnosis6 \_\_\_\_\_ BR \_\_\_\_\_ AIS \_\_\_\_\_

ออกจาก ER วันที่ //2556 เวลา : น. รับไว้ในโรงพยาบาล  รับ  ไม่รับ

จำหน่ายออกจากรพ. วันที่ //2556 เวลา : น. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รวม \_\_\_\_\_ บาท

สถานะขณะจำหน่าย  หาย  ตีขึ้น  ไม่ตีขึ้น  ตาย  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

ชนิดการจำหน่าย  แพทย์อนุญาต  ปฏิเสธการรักษา  หมิ่นลับ  ส่งต่อระบุ \_\_\_\_\_  ตาย  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

ญาติ (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น 1. พ่อ 2. แม่ 3. คู่สมรส 4. ลูก 5. อื่นๆ) หากที่ไม่พอกรุณามบันทึกต่อด้านหลัง  ไม่มีต่อ  มีต่อ

1.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

2.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

3.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

4.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

5.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

6.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

7.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

8.  คำนำ/ยศ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ เลข 13 หลัก ----

ผู้บันทึก \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ วันที่ //2556 เวลา : น.