

## แบบบันทึกข้อมูลการประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 7

โรงพยาบาลโรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้กรอกรายละเอียด

โรงพยาบาล.....ชื่อผู้ป่วย..... ชาย  หญิง อายุ .....ปี

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย รพ.ต้นทาง

ออกเดินทางจากโรงพยาบาลต้นทาง วันที่ ...../...../..... เวลา.....น.

ข้อมูล EMS : วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลา.....น.เวลาที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ.....น. เวลาออกจากจุดเกิดเหตุ.....น.

มาถึง ER : วันที่ ...../...../.....เวลา.....น. ประเภทของผู้ป่วย  trauma  non-trauma

การเตรียมความพร้อมก่อน refer	การประเมินผู้ป่วยก่อน refer
<input type="checkbox"/> LAB ที่จำเป็น <input type="checkbox"/> X-ray, CD <input type="checkbox"/> EKG 12 lead <input type="checkbox"/> hard collar <input type="checkbox"/> long spinal board with head stabilizer <input type="checkbox"/> ญาติสายตรง กรณี STEMI/ Stroke Fast Tract <input type="checkbox"/> พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher <input type="checkbox"/> Hct..... <input type="checkbox"/> DTX..... <input type="checkbox"/> ATK.....	A: <input type="checkbox"/> หายใจได้เอง <input type="checkbox"/> ET tube No. ....depth..... B: <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> canular <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> mask c Bag <input type="checkbox"/> Oxilator <input type="checkbox"/> transport ventilator C: <input type="checkbox"/> saline lock <input type="checkbox"/> IV lines <input type="checkbox"/> central lines CVP.....cmH <sub>2</sub> O <input type="checkbox"/> dopamine <input type="checkbox"/> adrenaline <input type="checkbox"/> levophed <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> external pacing Rate.....ครั้ง/นาที Output.....mA.

**การประเมินผู้ป่วยระหว่างนำส่ง (ไม่ต้องกรอกหากไม่มีผู้นำส่ง)**

เวลาการประเมิน	ก่อนออกรถ	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
GCS								
Pulse								
RR								
BP (sys/diastolic)								
O <sub>2</sub> sat								

บันทึกอาการ และการช่วยเหลือระหว่างนำส่ง อื่นๆ.....

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย รพ.ปลายทาง

**แพทย์โรงพยาบาลผู้รับผู้ป่วย เป็นผู้ประเมิน**

ESI ..... Diagnosis ..... การประสานงานก่อนนำส่ง  มี  ไม่มี

การใช้ Telemonitoring  ใช้  ไม่ใช้

On line medical direction  ไม่มี  มี ระบุ.....

Airway care	Breathing Support	Circulation /bleed control	Spine immobilization	แก้ไขปัญหาระหว่างนำส่ง
<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ไม่ดูดูแลหรืออาเจียน <input type="checkbox"/> ขนาด oral airway <input type="checkbox"/> เทคนิคใส่ oral airway <input type="checkbox"/> ขนาด ET ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ความลึก ET ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ET ไม่เข้าหลอดลม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้ oxygen <input type="checkbox"/> เลือกชนิดของการให้ oxygen ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> oxygen flow rate น้อยหรือมากเกินไป	<input type="checkbox"/> ขนาด IV cath เล็กไป <input type="checkbox"/> stop bleed ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> เลือกชนิด IVF ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ปริมาณ IV น้อยไป <input type="checkbox"/> ปริมาณ IV มากเกินไป	<input type="checkbox"/> ไม่ใส่ hard collar เมื่อมีข้อบ่งชี้ <input type="checkbox"/> ขนาด collar ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ใส่ collar ไม่ถูกวิธี <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ไม่ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถ detect ปัญหาได้ <input type="checkbox"/> การแก้ไขปัญหามิเหมาะสมกับสถานการณ์

มี Life-saving procedure ที่โรงพยาบาลต้นทาง ไม่ได้ทำ แต่มาทำที่ รพ.ปลายทาง ใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มี  ET intubation (มาถึงแล้วต้องใส่)  ET re-intubation (เปลี่ยน tube)  ใส่ ICD  load IV fluid เพื่อ resuscitation  ทำการ CPR

มี ภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อน ต่อผู้ป่วยใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มี  ต่อ ICD ไม่ถูก  สาย ICD เลื่อนหลุด  One lung intubation  ET มี secretion obstruction  ET tube เลื่อนหลุด  อื่นๆ.....

กรณี มีภาวะไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย จัดเป็นระดับใด  Low (A ถึง D)  moderate (E หรือ F)  ระดับ G  ระดับ H  ระดับ I

กรณีส่งต่อข้าม รพ. Node ไม่เป็นไปตามแนวทางจังหวัด เนื่องจาก  เกิดศักยภาพการดูแลรักษา  ส่งมารักษาใกล้บ้าน  ผู้ป่วยและญาติต้องการ

แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล node ไม่ได้อยู่เวร  เครื่องมือที่โรงพยาบาล node ไม่มี/ไม่พร้อมใช้  อื่นๆ.....

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง .....