

แบบประเมินการส่งต่อผู้ป่วยรพ.ขอนแก่น

Pre-transfer Assessment Refer Out back โรงพยาบาล.....

ผู้ประสาน(ระบุชื่อ/ตำแหน่ง).....

ผู้รับประสาน(ระบุชื่อตำแหน่ง).....

AIR TB ¹⁺ ²⁺ ³⁺

IMC Palliative Care MDR

ช่องสำหรับติดสติ๊กเกอร์รายละเอียดผู้ป่วย

ชื่อ.....HN.....

เบอร์โทรผู้ป่วย 043-009900 ต่อ.....

ครั้งที่ 1 วันที่/...../..... เวลา.....

ครั้งที่ 2 วันที่/...../..... เวลา.....

ครั้งที่ 3 วันที่/...../..... เวลา.....

Step 1 เชีคลิทธิการรักษา

ง่ายตรง ประกันสังคม รพ..... UC รพ..... ขำระเงิน/พรบ. อื่นๆ.....

Step 2 ตรวจสอบความพร้อมก่อนเดินทาง

แจ้งญาติ/ผู้ป่วย ตรวจสอบสิทธิ ประสาน รพ.ต้นสังกัด เบิกยา เบิกอุปกรณ์ใช้ต่อเนื่อง
 ใบส่งตัว/ใบนัด/CD consult PT/OT consult PC/CHC ประสานสังคมสงเคราะห์

Step 3 ประเมินสภาพความพร้อมผู้ป่วย ณ.เวลา.....BT.....Pulse.....RR.....BP...../..... O₂sat.....% DTX.....mg%

Air way	<input type="checkbox"/> patent <input type="checkbox"/> Artificial airway <input type="checkbox"/> ETT no.ลี้ก..... On วันที่..... Off วันที่..... <input type="checkbox"/> เจาะคอวันที่..... (<input type="checkbox"/> portex tube no..... <input type="checkbox"/> Silver tube no.....)	
Breathing	<input type="checkbox"/> Room air <input type="checkbox"/> O ₂ canularL/M <input type="checkbox"/> O ₂ mask c BagL/M <input type="checkbox"/> O ₂ with collar maskL/M <input type="checkbox"/> ventilator → mode (<input type="checkbox"/> CMV, <input type="checkbox"/> PCV, <input type="checkbox"/> SIMV, <input type="checkbox"/> CPAP, <input type="checkbox"/> BIPAP) Setting Rate...../min TV.....ml PIP.....cmH ₂ O FIO ₂ PEEP.....cmH ₂ O PS.....cmH ₂ O <input type="checkbox"/> ICD ข้าง Rt. ใส่วันที่..... ชนิด.....ขวด suction.....cmH ₂ O ถอดออกวันที่..... <input type="checkbox"/> ICD ข้าง Lt. ใส่วันที่..... ชนิด.....ขวด suction.....cmH ₂ O ถอดออกวันที่.....	
Circulation	<input type="checkbox"/> IV fluid	1 st Line <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral Type Fluid rate.....cc/hr 2 nd Line <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Peripheral Type Fluid rate.....cc/hr
	<input type="checkbox"/> Inotropic	1 st Type..... Concentration..... Rate.....dl/min 2 nd Type..... Concentration..... Rate.....dl/min
Disability	Consciousness <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Drowsiness <input type="checkbox"/> Stuporous <input type="checkbox"/> semicoma <input type="checkbox"/> Comatose <input type="checkbox"/> GCS E...V...M..... <input type="checkbox"/> Barthel index.....	
Surgery	1. Surgical procedures date..... Time..... 2. Surgical procedures date..... Time.....	
others	<input type="checkbox"/> X-ray, CT, MRI <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Patho..... อาหาร <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> ธรรมดา <input type="checkbox"/> เฉพาะโรค <input type="checkbox"/> NG สูตร /ชนิด/ปริมาณ..... <input type="checkbox"/> pending H/C เจาะวันที่...../...../..... ให้ตามผลวันที่...../...../..... เบอร์โทรศัพท์.....	

ประวัติการให้ยาฉีด

ระบุชื่อยาฉีด/ขนาด/เวลา..... เริ่มฉีดวันที่..... เวลา..... ครบวันที่..... เวลา..... ก่อนออกจาก รพ.ขก ฉีดวันที่..... เวลา.....

ระบุชื่อยาฉีด/ขนาด/เวลา..... เริ่มฉีดวันที่..... เวลา..... ครบวันที่..... เวลา..... ก่อนออกจาก รพ.ขก ฉีดวันที่..... เวลา.....

ระบุชื่อยาฉีด/ขนาด/เวลา..... เริ่มฉีดวันที่..... เวลา..... ครบวันที่..... เวลา..... ก่อนออกจาก รพ.ขก ฉีดวันที่..... เวลา.....

Step 4 ประเมิน fit to transport (ประเมินจาก*Adapted from Etzbarria MJ et al.: Risk Score for Transport Patients (RSTP) scale

Stable with Low risk Stable with Moderate risk Stable with High risk → Unstable

Step 5 การประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งกลับ ออกเดินทางวันที่..... เวลา..... ถึงโรงพยาบาลปลายทางเวลา.....

ว/ด/ป	เวลา	GCS	PR	RR	BP		O ₂ sat	ECG wave form	บันทึกอาการ/การดูแล
					SBP	DBP			

สำหรับ เจ้าหน้าที่ รพ.ขอนแก่นบันทึกและส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลต่อเมื่อถึงสถานพยาบาลปลายทาง

Assessment for Fit to Transport (Adult)

หากประเมินแล้วไม่อยู่ในระดับเดียวกัน ให้ยึดตามระดับของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า

Airway	ET intubation or tracheostomy	Oro-Nasopharyngeal Airway	No
Respiration and support	Any Respiration rate with mechanical ventilation	Any Respiration rate with any type Oxygen support	RR 12-20 breaths/min <u>without</u> Oxygen support
Haemodynamics	Unstable haemodynamic with/without inotropic agent	Stable haemodynamic with inotropic agent	Stable
Arrhythmias	Serious arrhythmia, ECG monitoring is necessary	not serious arrhythmia, ECG monitoring is preferred	No arrhythmia, no need ECG monitoring
Consciousness	GCS <9 or any GCS with high-risk of seizure	GCS 9-14 without risk of seizure	GCS = 15 without risk of seizure
พิจารณาการนำส่ง	หากมีข้อใดข้อหนึ่ง ประเมินระดับ Stable with High risk รพพยาบาล และ พยาบาลวิชาชีพ (ระดับ comprehensive) หาก มี risk มากกว่า 3 ข้อ ประเมินเป็น Unstable พิจารณาแพทย์ในปฏิบัติการนำส่ง	หากมีข้อใดข้อหนึ่ง ประเมินระดับ Stable with Moderate risk รพพยาบาล และ พยาบาลวิชาชีพ	หากมีข้อใดข้อหนึ่ง ประเมินระดับ Stable with Low risk รพพยาบาล หรือ รตส่วนตัว

*Adapted from Etxebarria MJ et al.: Risk Score for Transport Patients (RSTP) scale

Step 6 การประเมินการดูแลผู้ป่วยส่งกลับของโรงพยาบาลปลายทาง

รถส่งตัวกลับ รถโรงพยาบาลส่งกลับ รถโรงพยาบาลต้นสังกัด รถโรงพยาบาลอื่นฝากกลับ รถญาติส่วนตัว รถรับจ้าง/อื่นๆ

ผู้ดูแลขณะนำส่ง ไม่มี แพทย์ RN Paramedics PN EMT ถึง รพ.รับผู้ป่วยกลับ วันที่..... เวลา.....

Airway care	Breathing Support	Circulation /bleed control	Spine immobilization	แก้ไขปัญหาระหว่างนำส่ง
<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ สำหรับเจ้าหน้าที่ สถานพยาบาลปลายทางลงบันทึกเพื่อสะท้อนคุณภาพการส่งต่อ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้ oxygen <input type="checkbox"/> เลือกชนิดของการให้ oxygen <input type="checkbox"/> oxygen flow rate น้อยหรือมากเกินไป <input type="checkbox"/> ขนาด oral airway <input type="checkbox"/> เทคนิคใส่ oral airway <input type="checkbox"/> ขนาด ET <input type="checkbox"/> ความลึก ET <input type="checkbox"/> ET ไม่เข้าหลอดลม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้ oxygen <input type="checkbox"/> เลือกชนิดของการให้ oxygen <input type="checkbox"/> oxygen flow rate น้อยหรือมากเกินไป	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ขนาด IV cath เล็กไป <input type="checkbox"/> stop bleed <input type="checkbox"/> เลือกชนิด IVF <input type="checkbox"/> ปริมาณ IV น้อยไป <input type="checkbox"/> ปริมาณ IV มากเกินไป	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม เนื่องจาก..... <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"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> detect ปัญหาได้ <input type="checkbox"/> การแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม กับสถานการณ์

ความพร้อมของรพ.ต้นสังกัดหรือ รพ.รับผู้ป่วยกลับ ในการรับผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่อง พร้อม ไม่พร้อม

ผลการรับผู้ป่วย Refer back รพ.ที่รับผู้ป่วย รับไว้รักษาในรพ.(Admit) / ส่งกลับ / D/C / Refer ต่อ รพ.....

เนื่องจาก.....

มีความเสี่ยง หรืออุปสรรคในการ Refer back อื่นๆ

มีLife-saving procedureที่โรงพยาบาลต้นทาง ไม่ได้ทำ แต่ทำที่ ER โรงพยาบาลปลายทาง ไต่บ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มี มี ได้แก่ ET intubation ET re-intubation ICD Significant IV fluid resuscitation central line
 Cardioversion External Pacing CPR Other

ภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มี มี ได้แก่ ET tube เลื่อนหลุด สายIVเลื่อนหลุด สาย ICD เลื่อนหลุด One lung intubation
 ต่อสาย ICD ไม่ถูกต้อง Secretion obstruction ของ ET tube อื่นๆ ระบุ.....

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

กรณีส่งต่อข้าม รพ. Node ไม่เป็นไปตามแนวทางจังหวัด เนื่องจาก

เกินศักยภาพการดูแลรักษา ส่งมารักษาใกล้บ้าน ผู้ป่วยและญาติต้องการ แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล node ไม่ได้อยู่
 เครื่องมือที่โรงพยาบาล node ไม่มี/ไม่พร้อมใช้ อื่นๆ.....

ชื่อผู้ประเมิน..... แพทย์ พยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่ สถานพยาบาลปลายทางลงบันทึกเพื่อสะท้อนคุณภาพส่งกลับ