**แบบบันทึกข้อมูลการประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 7**

**พยาบาลโรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้กรอกรายละเอียด**

 ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย รพ.ต้นทาง

**โรงพยาบาล**.................................................ชื่อผู้ป่วย.........................................................□ ชาย □ หญิง อายุ ..........ปี

**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** |
| □ LAB ที่จำเป็น □ X-ray, CD □ EKG 12 lead □ hard collar □ long spinal board with head stabilizer □ ญาติสายตรง กรณี STEMI/ Stroke Fast Tract □ พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher □ Hct……….…… □ DTx……………. □ ATK……………….….  | A: □ หายใจได้เอง □ ET tube No. ………...........…depth……….…….……… B: □ O2 canular □ O2 mask c Bag □ Oxilator □ transport ventilatorC: □ saline lock □ IV lines □ central lines CVP…………...cmH2O  □ dopamine □ adrenaline □ levophed □ อื่นๆ..................... □ external pacing Rate……..……….ครั้ง/นาที Output…………….….mA. |
| **การประเมินผู้ป่วยระหว่างนำส่ง** (ไม่ต้องกรอกหากไม่มีผู้นำส่ง)  |
| เวลาการประเมิน | ก่อนออกรถ | ………….น. | ………….น. | ………….น. | ………….น. | ………….น. | ………….น. | ………….น. |
| GCS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pulse |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RR |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BP (sys/diastolic) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O2 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 |
| □ไม่จำเป็น □ไม่ทำ □เหมาะสม □ไม่เหมาะสม | □ไม่จำเป็น □ไม่ทำ □เหมาะสม □ไม่เหมาะสม | □ไม่จำเป็น □ไม่ทำ □เหมาะสม □ไม่เหมาะสม | □ไม่จำเป็น □ไม่ทำ □เหมาะสม □ไม่เหมาะสม | □ไม่จำเป็น □ไม่ทำ □เหมาะสม □ไม่เหมาะสม |
| □ ไม่ดูดเสมหะหรืออาเจียน□ ขนาด oral airway□ เทคนิคใส่ oral airway□ ขนาด ET ไม่เหมาะสม□ ความลึก ETไม่เหมาะสม□ ET ไม่เข้าหลอดลม | □ ไม่ได้ให้ oxygen□ เลือกชนิดของการให้ oxygen ไม่เหมาะสม □ oxygen flow rate น้อยหรือมากเกินไป | □ ขนาด IV cath เล็กไป□ stop bleed ไม่เหมาะสม□ เลือกชนิด IVF ไม่เหมาะสม□ ปริมาณ IV น้อยไป□ ปริมาณ IV มากเกินไป | □ ไม่ใส่ hard collar เมื่อมีข้อบ่งชี้□ ขนาด collar ไม่เหมาะ□ ใส่ collar ไม่ถูกวิธี□ ใช้อุปกรณ์ไม่ครบถ้วน | □ ไม่สามารถ detect ปัญหาได้□ การแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ |

**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** □ เกินศักยภาพการดูแลรักษา □ ส่งมารักษาใกล้บ้าน □ ผู้ป่วยและญาติต้องการ

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

**ข้อแนะนำเพื่อการปรับปรุง** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

download ที่ https://www.kkh.go.th/emergencymedicine/ (ปรับปรุงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566) ลงชื่อแพทย์ผู้ประเมิน...................................