

แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ รพม./รพศ. จังหวัด

ชื่อ สกุล HN ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ 1 ในจังหวัด ☐ 2 นอกจังหวัด

เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง เกิดวันที่ หรือ อายุ วัน เดือน ปี ☐ ไม่ทราบ

อาชีพ ☐ 01 ข้าราชการ ☐ 02 ตำรวจ/ทหาร ☐ 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 04 พนักงานบริษัท ☐ 05 ผู้ใช้แรงงาน ☐ 06 นักขาย ☐ 07 เกษตรกรรม ☐ 08 นักศึกษา/นักเรียน ☐ อื่นๆ (ระบุ) สิทธิการรักษา

วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... น	การบาดเจ็บเกิดโดย	บาดเจ็บจากการทำงานในอาชีพ
วันที่มาถึง รพ. เวลาที่มาถึง รพ. น	☐ 1 อุบัติเหตุ ☐ 2 ทำร้ายตนเอง ☐ 3 อุบัติเหตุร้าย ☐ ไม่ทราบ	☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ
สถานที่เกิดเหตุ อำเภอ..... จังหวัด.....		
☐ 1 บ้าน บริเวณบ้าน ☐ 2 หอพัก เรือนจำ สถานเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร ☐ 3 สถานศึกษา โรงพยาบาล ☐ 4 สนามกีฬาสาธารณะ ☐ 5 ถนนหรือทางหลวง ☐ 6 สถานที่ขายสินค้าและบริการ ☐ 7 สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน ☐ 8 นา ไร่ สวน ☐ อื่นๆ(ระบุ).....		

สาเหตุของการบาดเจ็บ (เลือกตอบเพียง 1 สาเหตุ)

☐ 1. อุบัติเหตุจากการขนส่ง

1.1 ผู้บาดเจ็บเป็น

☐ 1 คนเดินเท้า ☐ 2 คนขี่ ☐ 3 คนโดยสาร ☐ ไม่ทราบ

1.2 พาหนะของผู้บาดเจ็บ

☐ 01 จักรยานและสามล้อ ☐ 02 จักรยานยนต์ ☐ 03 สามล้อเครื่อง ☐ 04 รถเก๋ง

☐ 05 รถปิกอัพ รถตู้ ☐ 06 รถบรรทุกหนัก ☐ 07 รถพ่วง ☐ 08 รถโดยสารสองแถว

☐ 09 รถโดยสารบัส ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

1.3 การบาดเจ็บเกิดจาก

☐ 20 ตกจากพาหนะ ☐ 21 พาหนะล้ม ต่ำ ดก ล้ม จม

☐ ถูกชนหรือชนกับ(ระบุ)..... ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 2. อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บอื่น ๆ (ระบุสาเหตุหรือกลไกการบาดเจ็บโดยละเอียด)☐ 3. ไม่ทราบ

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

☐ 1. จากที่เกิดเหตุหรืออื่น ๆ ☐ มีผู้นำส่งคือ

☐ 1. หน่วยบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ ☐ 2. เจ้าหน้าที่มูลนิธิ (ระบุ)

☐ 3. ตำรวจ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

☐ 0 ไม่มีผู้นำส่ง ☐ ไม่ทราบ

☐ 2. จากสถานพยาบาลชื่อ..... จังหวัด.....

2.1 มาโดย ☐ Ambulance ☐ มีผู้ดูแลระหว่างนำส่ง (ระบุวิชาชีพ)

☐ 1 ไม่มีผู้ดูแลระหว่างนำส่ง ☐ 0 ไม่ใช่ Ambulance

2.2 มีใบส่งต่อที่ระบุอาการ และ/หรือ การรักษาก่อนส่งต่อ ☐ 1 มี ☐ 0 ไม่มี

พฤติกรรมเสี่ยง

1. แอลกอฮอล์

☐ 1 ใช่..... mg % ☐ 1 ใช่

☐ 0 ไม่ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่

☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ทราบ

3. เสริมขัดนิรภัย

☐ 1 ใช่ ☐ 1 ใช่

☐ 0 ไม่ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่

☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ทราบ

2. ยา

☐ 1 ใช่ (ระบุ)..... ☐ 1 ใช่

☐ 0 ไม่ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่

☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ทราบ

4. หมวกนิรภัย

☐ 1 ใช่ ☐ 1 ใช่

☐ 0 ไม่ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่

☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่ทราบ

การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง

ดูแลการหายใจ

☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 1 มี-เหมาะสม

☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม

☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 3 ไม่จำเป็น

☐ 0 ไม่มี ☐ 0 ไม่มี

ห้ามเลือด

☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 1 มี-เหมาะสม

☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม

☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 3 ไม่จำเป็น

☐ 0 ไม่มี ☐ 0 ไม่มี

Splint/Slab

☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 1 มี-เหมาะสม

☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม

☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 3 ไม่จำเป็น

☐ 0 ไม่มี ☐ 0 ไม่มี

IV Fluid

☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 1 มี-เหมาะสม

☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม

☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 3 ไม่จำเป็น

☐ 0 ไม่มี ☐ 0 ไม่มี

แรกวันที่ ER.(เฉพาะรพ. R/O Head Injury/Observe/Admit/Dead ที่ ER / Refer)

VITAL SIGNS BP..... mm/Hg Pulse..... /min RR..... /min

Hx. Consciousness นับแต่เกิดเหตุ.....

Coma Scale E = V = M =

ลักษณะการบาดเจ็บ

☐ 1 Blunt ☐ 2 Penetrating

☐ 3 Blunt ร่วมกับ Penetrating

☐ อื่น ๆ

ออกจากห้อง ER. วันที่..... เวลา..... น.

โดย ☐ 1 เลือดขึ้นก่อนถึงรพ ☐ 2 จำหน่าย ☐ 3 ส่งต่อ ☐ 4 ปฏิเสธการรักษา ☐ 5 หักกลับ ☐ 6 ดึงแก่กรรม ☐ 7 รับไว้รักษาที่.....

DIAGNOSIS (ระบุรอยวะและการบาดเจ็บ โดยละเอียด) กรณีที่ Admit ไม่ต้องกรอกที่ ER.

1. (BR...AIS ...) 4. (BR...AIS...)

2. (BR...AIS ...) 5. (BR...AIS...)

3. (BR...AIS ...) 6. (BR...AIS...)

จำหน่ายจากห้องผู้ป่วย วันที่.....

โดย ☐ 1 ทุเลา ☐ 2 ส่งต่อ ☐ 3 ปฏิเสธการรักษา ☐ 4 หักกลับ ☐ 5 ดึงแก่กรรม ☐ 6 ญาติขอกลับไปตามที่บ้าน

ชื่อผู้บันทึก 1.

2