

## แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

## โรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้กรอกข้อมูล

โรงพยาบาล.....ชื่อผู้ป่วย..... ชาย  หญิง อายุ .....ปี  
 ผู้นำส่ง  RN  EMT  ไม่มีผู้นำส่ง ออกเดินทางจากโรงพยาบาลต้นทาง วันที่ ...../...../..... เวลา.....น.  
 EMS : วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลา.....น. เวลาที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ.....น. เวลาออกจากจุดเกิดเหตุ.....น.  
 มาถึง ER : วันที่ ...../...../.....เวลา.....น.  
 ข้อบ่งชี้การใช้ TeReM  ไม่มี  Post cardiac arrest  STEMI  Sepsis with Hypotension  Unstable Arrhythmias  
 ผู้ป่วยที่จำแนก KESI ระดับ 1 หรือผู้ป่วยที่ต้องการ Immediate life-saving intervention

การเตรียมความพร้อม ก่อน refer		
<input type="checkbox"/> LAB ที่จำเป็น	<input type="checkbox"/> film X-ray, CD	<input type="checkbox"/> EKG 12 lead
<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> sat monitor	<input type="checkbox"/> BP monitoring	<input type="checkbox"/> EKG monitoring
<input type="checkbox"/> Infusion pump	<input type="checkbox"/> Hct.....vol%	<input type="checkbox"/> DTx.....mg%
<input type="checkbox"/> Hard collar	<input type="checkbox"/> Long spinal board with head stabilizer	
<input type="checkbox"/> ญาติสายตรง กรณีSTEMI/Stroke fast tract		
<input type="checkbox"/> พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher		
<input type="checkbox"/> CT ระบุ.....เวลา.....น.		
การประเมินผู้ป่วยก่อนนำส่ง		
<input type="checkbox"/> หายใจได้เอง	<input type="checkbox"/> Oral airway	<input type="checkbox"/> Nasal airway
<input type="checkbox"/> ET tube No. ....depth.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> canular	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> mask c Bag	<input type="checkbox"/> ventilator
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
<input type="checkbox"/> Heparin lock	<input type="checkbox"/> IV lines	<input type="checkbox"/> CVP.....cmH <sub>2</sub> O
<input type="checkbox"/> Dopamine	<input type="checkbox"/> Adrenaline	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> External pacing	Rate.....ครั้ง/นาที	Output.....mA.

การประเมินผู้ป่วยระหว่างนำส่ง (ไม่ต้องกรอกหากไม่มีผู้นำส่ง)				
เวลาประเมิน	ก่อนออก	.....	.....	.....
GCS	E V M	E V M	E V M	E V M
Pulse				
RR				
BP (Syst/Diast)				
O <sub>2</sub> sat				
EKG waveform				
<input type="checkbox"/> Dopamine				
<input type="checkbox"/> Adrenaline				
<input type="checkbox"/> Load IV				
บันทึกอาการ และการช่วยเหลือระหว่างนำส่ง. ....				
.....				
.....				

## แพทย์หรือพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ประเมิน

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย K1 K2

การวินิจฉัย..... KESI .....  
 การใช้ TeReM  ใช้  ใช้ มีคำแนะนำ .....  ไม่ได้ใช้เนื่องจาก .....

## ประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง

Airway care	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมระบุ.....
Breathing Support	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมระบุ.....
Fluid resuscitation / Bleeding control	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมระบุ.....
Spine immobilization	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมระบุ.....
การแก้ไขปัญหาระหว่างนำส่ง	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมระบุ.....

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

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

มีภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

ข้อแนะนำอื่นๆ.....  
 .....

ปรับปรุงแก้ไข เมื่อ 18 เมษายน 2560

ชื่อผู้ประเมิน..... แพทย์  พยาบาล