**แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล**

Download at : em.kkh.go.th

**โรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้กรอกข้อมูล**

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

ผู้นำส่ง □ RN □ EMT/ Paramedics □ ไม่มีผู้นำส่ง ออกเดินทางวันที่ ........./......./......... 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** | | |  | **การประเมินผู้ป่วย ระหว่างนำส่ง** (ไม่ต้องกรอกหากไม่มีผู้นำส่ง) | | | | |
| □ LAB ที่จำเป็น | □ film X-ray, CD | □ EKG 12 lead |  | เวลาประเมิน | ก่อนออก | ........... | ........... | ........... |
| □ O2 sat monitor | □ BP monitoring | □ EKG monitoring |  | GCS | E V M | E V M | E V M | E V M |
| □ Infusion pump | □ Hct…………vol% | □ DTx………….…...mg% |  | Pulse |  |  |  |  |
| □ Hard collar | □ Long spinal board with head stabilizer | |  | RR |  |  |  |  |
| □ ญาติสายตรง กรณี STEMI/Stroke fast tract  □ พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher | | |  | BP (Syst/Diast) |  |  |  |  |
| **การประเมินผู้ป่วย ก่อนนำส่ง** | | |  | O2 sat |  |  |  |  |
| □ หายใจได้เอง | □ Oral airway | □ Nasal airway |  | EKG wave |  |  |  |  |
| □ ET tube No. ………....…depth……….……… | | □ อื่นๆ....................... |  | □ Dopamine |  |  |  |  |
| □ O2 canular | □ O2 mask c Bag | □ ventilator |  | □ Adrenaline |  |  |  |  |
| □ อื่นๆ................................................................ | | |  | □ ……………... |  |  |  |  |
| □ Heparin lock | □ IV lines | □ CVP…………...cmH2O |  | บันทึกอาการ และการช่วยเหลือระหว่างนำส่ง. ......................................  ………………………………………………………………………………………..………….  …………………………………………………………………………………….. | | | | |
| □ Dopamine | □ Adrenaline | □ อื่นๆ....................... |  |
| □ External pacing Rate……..…...ครั้ง/นาที output……………….mA. | | |  |

**แพทย์หรือพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ประเมิน**

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย K1 K2

การวินิจฉัย................................................................................................... KESI ……………….

การใช้ TeReM □ **ใช้** □ **ใช้** มีคำแนะนำ …………………………………………….. □ **ไม่ได้ใช้** เนื่องจาก ……………………………..…………

**ประเมินการดูแลผู้ป่วย ระหว่างนำส่ง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Airway care | □ ไม่จำเป็น | □ ไม่ทำ | □ เหมาะสม | □ ไม่เหมาะสม ระบุ............................. |
| Breathing Support | □ ไม่จำเป็น | □ ไม่ทำ | □ เหมาะสม | □ ไม่เหมาะสม ระบุ............................. |
| Fluid resuscitation / Bleeding control | □ ไม่จำเป็น | □ ไม่ทำ | □ เหมาะสม | □ ไม่เหมาะสม ระบุ............................. |
| Spine immobilization | □ ไม่จำเป็น | □ ไม่ทำ | □ เหมาะสม | □ ไม่เหมาะสม ระบุ............................. |
| การแก้ไขปัญหาระหว่างนำส่ง □ ไม่จำเป็น | | □ ไม่ทำ | □ เหมาะสม | □ ไม่เหมาะสม ระบุ............................. |
|  | | | | |

**มีหัตถการ life saving** ที่ รพช. 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

มีภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

**ข้อแนะนำอื่นๆ** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

ปรับปรุงแก้ไข เมื่อ 1 ตุลาคม 2559 ชื่อผู้ประเมิน.................................... □ แพทย์ □ พยาบาล