**แบบบันทึกข้อมูลการส่งผู้ป่วยกลับ (Refer back) เขตบริการสุขภาพที่ 7**

Download ที่ : em.kkh.go.th

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

ผู้นำส่ง □ RN □ EMT □ ไม่มีผู้นำส่ง วันที่ ........./......./......... เวลา...................น.

การวินิจฉัย................................................................................................... ER/ OPD / ward ……………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **การเตรียมความพร้อม ก่อน refer back**  |  | **การประเมินผู้ป่วยระหว่างนำส่ง** (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 | □ Long spinal board with head stabilizer |  | Pulse |  |  |  |  |
| □ Hard collar | □ พยาบาล /ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยตรึง stretcher |  | RR |  |  |  |  |
| **การประเมินผู้ป่วยก่อน refer back** |  | BP (Syst/Diast) |  |  |  |  |
| General appearance |  |  |  | O2 sat |  |  |  |  |
| □ fully conscious | □ confuse | □ drowsy |  | EKG waveform |  |  |  |  |
| □ unresponsive | □ aggressive |  |  | □ Dopamine |  |  |  |  |
| Airway |  |  |  | □ Adrenaline |  |  |  |  |
| □ ทางเดินหายใจโล่ง | □ stridor | □ secretion |  | บันทึกอาการ และการช่วยเหลือระหว่างนำส่ง. ...................................... |
| □ oral airway | □ nasal airway | □ tracheostomy |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| □ ET tube No. ………....…depth……….…cm |  |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| Breathing  |  |  |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| □ หายใจได้เอง | □ tachypnea | □ dyspnea |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| □ wheezing | □ O2 canula | □ O2 mask c bag |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| □ collar mask | □ T-piece O2 ….………LPM |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| □ ventilator setting ....................................................................................... |  | ………………………………………………………………………………………..…………. |
| Circulation |  |  |
| □ orthopnea | □ edema | □ active bleed |  | **สรุปการประเมิน**□ fit to transport ด้วย ambulance และพยาบาล□ fit to transport ด้วย ambulance □ สามารถกลับได้เอง |
| □ pale | □ tachycardia | □ bradycardia. |  |
| Disability |  |
| □ E…….M……..V………. |  |  |  | □ **Not** fit to refer back  |

ลงชื่อผู้ประเมิน……………………………………………………RN / MD

**ประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง** (โรงพยาบาลปลายทางเป็นผู้ประเมิน)

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

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 25 มกราคม 2561 ชื่อผู้ประเมิน....................................□ แพทย์ □ พยาบาล