**แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล**

**พยาบาลโรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้กรอก**

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

**ข้อบ่งชี้การใช้ TeReM**  **□** ไม่มี □ post cardiac arrest □ STEMI □ sepsis with hypotension □ unstable arrhythmias □ KESI ระดับ 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การเตรียมความพร้อม ก่อน refer** | | | | **การประเมินผู้ป่วยก่อนนำส่ง** | | | | | | |
| □ LAB ที่จำเป็น □ X-ray, CD □ EKG 12 lead □ O2 sat □ BP monitoring □ EKG monitoring □ Hct……… □ DTx………. □ hard collar □ long spinal board with head stabilizer □ ญาติสายตรง กรณี STEMI / Stroke fast tract □ พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher | | | | A : □ หายใจได้เอง □ ET tube No. ………...........…depth……….…….………  B : □ O2 canular □ O2 mask c Bag □ transport ventilator  C : □ saline lock □ IV lines □ central lines CVP…………...cmH2O  □ dopamine □ adrenaline □ levophed □ อื่นๆ.....................  □ external pacing Rate……..……….ครั้ง/นาที Output…………….….mA. | | | | | | |
| **การประเมินผู้ป่วยระหว่างนำส่ง** (ไม่ต้องกรอกหากไม่มีผู้นำส่ง) | | | | | | | | | | |
| เวลาการประเมิน | ก่อนออก | ………….น. | ………….น. | | ………….น. | ………….น. | | ………….น. | ………….น. | ………….น. |
| GCS |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Pulse |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| RR |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| BP (sys/diastolic) |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| O2 sat |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| EKG waveform |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| บันทึกอาการ และการช่วยเหลือระหว่างนำส่ง.....................................…………………………………..………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย รพ.ขอนแก่น | | | |

**แพทย์โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ประเมิน**

**KESI** ……… **Diagnosis** ………………………………………………..………………….. **การประสานงานก่อนนำส่ง** □ มี □ ไม่มี

**การใช้ TeReM** □ 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 medicut 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 ER รพ.ขอนแก่น ใดบ้าง** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

**มี ภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อน ต่อผู้ป่วยใดบ้าง** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

□ ไม่มี □ ET tube เลื่อนหลุด □ สาย IV หลุด □ สาย ICD เลื่อนหลุด □ One lung intubation □ ต่อ ICD ไม่ถูก □ ET มี secretion obstruction □ อื่นๆ ระบุ............................................................

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

download ที่ : em.kkh.go.th (ปรับปรุงแก้ไข เมื่อ 11 พฤษภาคม 2561) ลงชื่อแพทย์ผู้ประเมิน....................................