**แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล**

Download ที่ : em.kkh.go.th

 **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**  |  | **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 | □ Hct…………vol% | □ DTx………….…...mg% |  | Pulse |  |  |  |  |
| □ Hard collar | □ Long spinal board with head stabilizer |  | RR |  |  |  |  |
| □ ญาติสายตรง กรณีSTEMI/Stroke fast tract□ พยาบาลรัดเข็มนิรภัย / ผู้ป่วยรัดเข็มขัดนิรภัยและยึดตรึง stretcher□ CT ระบุ…………………..เวลา........................น. |  | BP (Syst/Diast) |  |  |  |  |
| **การประเมินผู้ป่วยก่อนนำส่ง** |  | O2 sat |  |  |  |  |
| □ หายใจได้เอง | □ Oral airway | □ Nasal airway |  | EKG waveform |  |  |  |  |
| □ ET tube No. ………....…depth……….……… | □ อื่นๆ....................... |  | □ Dopamine |  |  |  |  |
| □ O2 canular | □ O2 mask c Bag | □ ventilator |  | □ Adrenaline |  |  |  |  |
| □ อื่นๆ................................................................ |  | □ Load IV |  |  |  |  |
| □ 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 ……………………………..…………

**ประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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............................. |
|  |

**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