**สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**

**MSUH-FM-ER-003-00**

**แก้ไขครั้งที่: 00 วันที่บังคับใช้: 7 พฤศจิกายน 2561**

**แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง**

EMS เขต 7

1.ข้อมูลทั่วไป

EMS รพ.สุทธาเวช

เมือง/กันทรวิชัย

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อหน่วยบริการ.................................................. ระดับหน่วยบริการ 🞎 กลาง 🗹สูง พื้นที่ (Zone)............................................... เลขที่ศูนย์สั่งการจังหวัด ……………………….……..……….……  จังหวัดมหาสารคาม  สถานที่เกิดเหตุ................................................................................................................... รับคำสั่งจากศูนย์.............................................................................. วันที่ ....................................................  AEMT  Paramedic/ENP  เจ้าหน้าที่ 1............................................................................................. รหัส ................................. 2……………………………..……………………….……………………………รหัส ………………………………...  พนักงานขับรถ  EMT-B/EMR  3..............................................................................................รหัส .............. ................ 4…………………………………….…………………………………..………… รหัส .....................................  ผลการปฏิบัติงาน/ผลรักษาขั้นต้น   |  |  | | --- | --- | | มีการรักษา | ไม่มีการรักษา | | 🞎 รักษาและนำส่ง 🞎รักษาไม่นำส่ง 🞎รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง | 🞎ยกเลิก 🞎ไม่พบเหตุ 🞎เสียชีวิตก่อนไปถึง 🞎ปฏิเสธการรักษา | |

2.ข้อมูลเวลา

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | รับแจ้ง | สั่งการ | ออกจากฐาน | ถึงที่เกิดเหตุ | ออกจากที่เกิดเหตุ | | ถึง รพ. | ถึงฐาน |
| เวลา (น.) | : : | : : | : : | : : | : : | | : : | : : |
| รวมเวลา (นาที) | Response time =………………………นาที | | | |  | | .............................................นาที | |
| เลขไมล์ |  | | ............................... | ............................... | | | ............................... | ............................... |
| ระยะทาง (กม.) | รวมระยะทางไป........................................................กม. | | | | |  | ระยะทางกลับ............................................กม. | |
| ระยะทางไป รพ. ...........................................กม. | |  |

3.ข้อมูลผู้เจ็บป่วย

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อผู้ป่วย............................................................................................................... อายุ...................ปี เพศ 🞎 ชาย 🞎 หญิง เลขบัตรประชาชน 🞎-🞎🞎🞎🞎-🞎🞎🞎🞎🞎-🞎🞎-🞎  สิทธิการรักษา 🞎บัตรทอง 30 บาท 🞎บัตรทอง(ฟรี) 🞎ข้าราชการ 🞎ประกันสังคม 🞎ผู้ประสบภัยจากรถ 🞎แรงงานต่างด้าว 🞎ชาวต่างชาติไม่มีประกัน 🞎ประกันอื่นๆ..................   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | เวลา | Temp | BP | PR | RR | E / V / M | Pupils | O2sat | DTX | เวลา | ยาอื่นๆ (วิธีใช้ และขนาดที่ให้) | |  |  |  |  |  |  | Rt……………………..mm RTL Y N  Lt……………………..mm RTL Y N |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | Rt……………………..mm RTL Y N  Lt……………………..mm RTL Y N |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | Rt……………………..mm RTL Y N  Lt……………………..mm RTL Y N |  |  |  |  | |  |  | |
| อาการ ณ จุดเกิดเหตุ ...............................................................................................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................ความรุนแรง(RC Code) 🞎 Emergent 🞎Urgent 🞎 Non Urgent |

|  |  |
| --- | --- |
| Trauma | ประเภทอุบัติเหตุ 🞎 อุบัติเหตุทั่วไป 🞎 อุบัติเหตุจราจร ประเภทรถ.......................................ทะเบียนหมวดอักษร..................เลขทะเบียน.......................จังหวัด.......................... |
| บาดแผล 🞎No 🞎Cut/Laceration 🞎Abrasion 🞎Contusion 🞎Burn 🞎Stab Wound 🞎Amputate 🞎GSW  การเสียเลือด 🞎No 🞎Ext./Stopped 🞎Ext./Active 🞎Int./Hemorrhage  กระดูกผิดรูป 🞎No 🞎Closed 🞎Opened 🞎Dislocate  อวัยวะ 🞎Head/Neck 🞎Face 🞎Chest/Clavicle 🞎Abdomen 🞎Pelvis 🞎Extremities 🞎External body surface 🞎Multiple injury back |
| Non Trauma | อายุรกรรม 🞎 Dyspnea 🞎High Fever 🞎Alteration of conscious 🞎Seizure 🞎Chest pain 🞎Poisoning 🞎Digestive 🞎Other (ระบุ)..............................  สูติ-นรีเวช 🞎 Labor pain 🞎 Bleeding per Vagina 🞎High risk preg. 🞎Rape 🞎Other (ระบุ)................................................................................  จิตเวช 🞎 Hyperventilation 🞎 Acute psychosis 🞎 Others………………………………………………………………………………………..…………………….…….……..………….  กุมารเวชกรรม 🞎 Convulsion 🞎 Pyrexia/Fever 🞎 Dyspnea 🞎 Diarrhea 🞎 Airway Obstruction 🞎 Febrile Convulsion 🞎 Others…………………….  ศัลยกรรมกระดูก 🞎 Musculoskeletal Pain 🞎 Others…………………………………………………………………….…………………………………………………………….……….…………………….…….…………..  EENT 🞎 Chemical burn at eyes 🞎 FB Eye 🞎 FB Ear 🞎 FB Nose 🞎 FB Pharynx 🞎 Others………………………………………………………..  ศัลยกรรม 🞎 Acute abdominal pain 🞎 GI Bleeding 🞎 Acute urinary retention 🞎 Others…………………………………………………………………… |
| Treatment | ดูแลทางเดินหายใจ 🞎 Clear 🞎 Suction 🞎 Oral Airway 🞎(Cannula/ Mask) flow…………… .L/min 🞎 E-T Tube No. …..…. 🞎 Ambu bag c mask  ห้ามเลือด 🞎 Dressing 🞎 Pressure 🞎 Manual 🞎 Others………………..…………………………………………………………………..……………………………………..………………..  ให้สารน้ำ 🞎 0.9%NaCl ……………..ml 🞎 5% DN/2 ……………ml 🞎 RLS/Acetar 🞎 Others………………………………………………………….…….…………….  ดามกระดูก 🞎 Long Spinal Board 🞎 With Head Immobilize 🞎 Splint/Slab 🞎 Hard Collar 🞎KED  การช่วยฟื้นคืนชีพ 🞎 CPR 🞎 Defibrillation/AED 🞎 Synchronized Cardio Version 🞎Monitor EKG  Stretcher  ช่วยเหลืออื่นๆ 🞎 Keep warm 🞎 Information 🞎 Decontamination 🞎 NG tube 🞎 Others……………………………………………………………………… |
| ผลการรักษาขั้นต้น 🞎ทุเลา 🞎คงเดิม/คงที่ 🞎ทรุดหนัก 🞎เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 🞎เสียชีวิต ขณะนำส่ง | |

4.เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล

|  |
| --- |
| นำส่งห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล................................................................... …...………………………………….…….………… 🞎 โรงพยาบาลรัฐ 🞎 โรงพยาบาลเอกชน  เหตุผล 🞎เหมาะสม / รักษาได้ 🞎 อยู่ใกล้ 🞎มีหลักประกัน 🞎เป็นผู้ป่วยเก่า 🞎 เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  ผู้บันทึกรายงาน.......................................................................................พยาบาล/PARAMEDIC |

5.เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

|  |
| --- |
| HN…………………….…….. การวินิจฉัยโรค.... ...................................................................................... ระดับการคัดแยก (ER Triage) 🞎แดง(วิกฤต)L1 🞎ชมพู(เร่งด่วน)L2 🞎เหลือง(ด่วน)L3 🞎เขียว(ไม่รุนแรง)L4 |
| ทางเดินหายใจ .🞎 ไม่จำเป็น 🞎 ไม่ได้ทำ 🞎 ทำและเหมาะสม 🞎 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ............................................................  การห้ามเลือด .🞎 ไม่จำเป็น 🞎 ไม่ได้ทำ 🞎 ทำและเหมาะสม 🞎 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ............................................................  การให้สารน้ำ . .🞎 ไม่จำเป็น 🞎 ไม่ได้ทำ 🞎 ทำและเหมาะสม 🞎 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ............................................................  การดามกระดูก .🞎 ไม่จำเป็น 🞎 ไม่ได้ทำ 🞎 ทำและเหมาะสม 🞎 ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ............................................................  ชื่อผู้ประเมิน..................................................................................... ตำแหน่ง 🞎แพทย์ 🞎 พยาบาล /Paramedic 🞎 AEMT 🞎 อื่นๆ ระบุ.......................................................... |
|  |

6.ผลการรักษาที่ / ในโรงพยาบาล (ผลการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน)

|  |
| --- |
| 🞎 Discharge 🞎 Observe 🞎Admit ระบุ........................................................ 🞎 Refer ระบุ....................................................... 🞎Dead 🞎 ปฏิเสธการรักษา |

 **แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest Record Form) For AMBULANCE Team รพ.สุทธาเวช**

**Arrest ที่** บ้าน ที่เกิดเหตุ จุดเปลี่ยนถ่าย

บนรถ EMS/Refer อื่น ๆ..........................

วันที่ทำ CPR ………..………….……เวลา..............น. HN: ………………. ID:……………........…..

ข้อมูลผู้ป่วย.............................................................................................อายุ.................ปี Underlying Disease……….................………. อาการสำคัญ..............................................

...................................................................... **CPR by BLS Team: …………………..….นาที**

ลงชื่อ...........................................................ผู้บันทึกข้อมูล(แพทย์/พยาบาล/Paramedic)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Initial Assessment**  **Conscious** Alert Confuse Stupor Semi-coma Coma  **Breathing**  Spontaneous ETT/TT Ventilator RR………. /min  **Initial** Chest pain Arrhythmia Seizure Hypothermia (T<34’c)  Respiratory fail(apnea,RR<8,RR>30/min)  Hypoxia (spO2<90)  Active Bleeding Hypotension (SBP<90 mmHg.)  Anaphylactic shock Fast track Stroke อื่น ๆ.....................  **V/s** BP……../……...mmHg, PR…./min, RR…../min BT….’c O2sat……….% GCS E…..V…..M…… | | | | | | | **ACLS Chest Compression**  เริ่มเวลา..........................น.  สิ้นสุดเวลา......................น.  **Initial ECG**  **VF** **Pulseless VT** **PEA**  **Asystole**  **อื่นๆ............................................**  **ถึง ER เวลา** **…………….......…. น.** | |
| **Procedure**  ET Tube No. …………. Stab………. cm. Inflate cuff …………. ml.  IVF 1. ...............................................................................Rate………… /min  2. ……………………………………………………………………. Rate……..…. /min  Drug at scene ……………………………………………………………………………..……  ………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | **Quality CPR**   * Push hard (2 Inc./5 cm.) and Fast 100-120/min * Minimize interruption in compression * Avoid excessive ventilation * Rotate compression every 2 minutes * If no advance airway, 30:2 compression-ventilation ratio * Quantitative waveform Capnography –PETCO2 < 10 mmHg | | |
| **Drug Therapy**  -Epinephrine 1:1000 1mg IV/IO q 3-5/min,0.01mg/kg(0.1ml/kg) 1:10,000**ในเด็ก**  -Amiodarone 1st dose 300 mg bolus, 2nd 150mg,5 mg/kg IV bolus(VF/pVT)**เด็ก**  -Adenosine 6 mg IV double syringe technique, 0.1mg/kg (max 6mg) **ในเด็ก**  -Atropine 0.6 mg IV , 0.02 mg/kg IV **ในเด็ก** | | | | | |
| **Expect Outcome**  ได้ High quality CPR ลด Mortality ลด Mobility | | | | | | | | |
| Order | เวลา | EKG | Adrenaline  IV/IO/ETT | Defibrillation | Cardioversion | Other | | **Shock Energy for Defib.**  -Biphasic: 120-200J  -Monophasic: 360J  -Biphasic: 2 J/kg **ในเด็ก**  **Advanced airway**  -ETT in place give 1 breath q 6 seconds (10 breaths/min)  -**ETT ในเด็ก**  \*Uncuff 4+(อายุ(ปี)/4)  \*Cuff 3.5+(อายุ(ปี)/4)  ลึก 12+(อายุ(ปี)/2)  -Laryngoscope blade size No.1 BW<10 kg.  No.2 BW 10-30 kg.  No.3 BW>30 kg.  **ประมาณน้ำหนักเด็ก**  <12 เดือน= (อายุ(เดือน)/2)+4  1-10 ปี= (อายุ(ปี)x2)+8  >10 ปี = อายุ(ปี)x3 |
| ET Tube No.\_\_\_\_\_\_\_  Stab\_\_\_\_\_\_\_\_ cm.  DTX\_\_\_\_\_\_ mg%  Hct. \_\_\_\_\_\_%  Adrenaline (\_\_: \_\_\_\_)  \_\_\_ml IV/IO/ET q 3min  \_\_\_dose  Amiodarone IV\_\_\_\_ mg  \_\_\_dose  Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Defib. \_\_\_\_\_J.\_\_\_\_\_ครั้ง  Cardioversion\_\_\_\_\_\_\_J.  \_\_\_\_ครั้ง \_\_\_\_J.\_\_\_\_ครั้ง |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **ROSC at**  **Scene On Ambulance ER อื่นๆ....................................... เวลา...................น.**  **V/s** BP………/……..mmHg, P……../min, RR……../min , O2sat………% GCS E……V……..M…… DTX……… mg% | | | | | | | |