

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ และราคากลางพร้อมกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาของพัสดุ

จ้างพิมพ์แบบตีการปฏิบัติงาน (วัสดุสำนักงาน) จำนวน ๓ รายการ

เพื่อสนับสนุนให้กับกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำหรับใช้ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดกาญจนบุรี ประจำปี ๒๕๖๕

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม	ราคากลาง / ราคาอ้างอิง	แหล่งที่มาของราคากลาง / ราคาอ้างอิง
๑	แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง พิมพ์บนกระดาษคาร์บอนในตัว ขนาด ๕๕ แกรม ใช้กระดาษสีเขียว และสีขาว จำนวน ๒ แผ่น / ชุด	๕๐ เล่ม	๒๓๐.๐๐	๑๑,๕๐๐.๐๐	๒๓๐.๐๐	สืบราคาจากรพพัฒนาการพิมพ์
๒	แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นฐาน, พิมพ์บนกระดาษคาร์บอนในตัว ขนาด ๕๕ แกรม ใช้กระดาษสีชมพู และสีขาว จำนวน ๒ แผ่น / ชุด	๕๐ เล่ม	๒๓๐.๐๐	๑๑,๕๐๐.๐๐	๒๓๐.๐๐	"
๓	แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พิมพ์บนกระดาษคาร์บอนในตัว ขนาด ๕๕ แกรม ใช้กระดาษสีฟ้า และสีขาว จำนวน ๒ แผ่น / ชุด (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายนี้)	๑๐๐ เล่ม	๒๓๐.๐๐	๒๓,๐๐๐.๐๐	๒๓๐.๐๐	"
รวม ๓ รายการ				๔๖,๐๐๐.๐๐	(สี่หมื่นหกพันบาทถ้วน)	

กำหนดส่งมอบ ภายใน ๑๕ วัน

หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอจะพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

ลงชื่อ ผู้กำหนดรายละเอียดราคากลางและรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

(นางสาววิภาพร / ต่ายตนเอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

1. หน่วยบริการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ	วันที่	เลขที่ปฏิบัติการ
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส.....	2..... รหัส.....	
3..... รหัส.....	4..... รหัส.....	
ผลการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ..... เหตุการณ์.....		

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				.....นาที	.....นาที	
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ..... กม.	ระยะทางกลับ.....กม.	

3. ข้อมูลผู้ป่วย

คำนำหน้า.....(จากระบบ) ชื่อผู้ป่วย อายุ .....ปี เพศ (จากระบบ) <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรีฟูม)..... <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักฐานประกัน						ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันท่องเที่ยว ประเทศ..... <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ ประเภทรถ..... ทะเบียนรถหมวด..... เลขทะเบียน..... จังหวัด.....									
Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils				O ₂ Sat	DTX		
	T	BP	PR	RR	E	V	M	Rt	RTL	Lt	RTL				
									Y / N		Y / N				
									Y / N		Y / N				
									Y / N		Y / N				
Trauma	บาดแผล <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cut/ Laceration <input type="checkbox"/> Abrasion <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Burn <input type="checkbox"/> Stab Wound <input type="checkbox"/> Amputate <input type="checkbox"/> GSW กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Closed <input type="checkbox"/> Opened <input type="checkbox"/> dislocate การเสียเลือด <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ext/Stopped <input type="checkbox"/> Ext/Active <input type="checkbox"/> Int. hemorrhage อวัยวะ <input type="checkbox"/> Head/neck <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Spine/ back <input type="checkbox"/> Chest/Clavicle <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> External body surface <input type="checkbox"/> Multiple injury back														
	Non trauma	อายุรกรรม <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Ulteration of conscious <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Chest Pain <input type="checkbox"/> Poisoning <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Other (ระบุ)..... สูติ-นรีเวช <input type="checkbox"/> Labour pain child birth <input type="checkbox"/> Bleeding per Vagina <input type="checkbox"/> High risk preg <input type="checkbox"/> Rape <input type="checkbox"/> Other (ระบุ)..... กุมาร <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Other (ระบุ)..... ศัลยกรรม <input type="checkbox"/> Ac. abdominal pain <input type="checkbox"/> GI Bleeding <input type="checkbox"/> Other (ระบุ)..... อื่น ๆ <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> ENT <input type="checkbox"/> Ortho <input type="checkbox"/> Psychological problem													
		Treatment	ทางเดินหายใจ/ การหายใจ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clear airway <input type="checkbox"/> Suction <input type="checkbox"/> Oral airway <input type="checkbox"/> O ₂ canular/mask <input type="checkbox"/> Ambu bag <input type="checkbox"/> ET บาดแผล/ห้ามเลือด <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pressure Dressing <input type="checkbox"/> Dressing การให้สารน้ำ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> RLS <input type="checkbox"/> 5%DN/2 <input type="checkbox"/> on locked <input type="checkbox"/> Others..... การตามกระดูก <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> เมื่อยล้า/ไม่ตาม/ sling <input type="checkbox"/> Collar With Long Spinal Board <input type="checkbox"/> KED การทำ CPR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> AED / Defib												
			ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ)..... ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่มีการรักษา <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> ทดหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ขณะนำส่ง ระดับการคัดแยก (RC code) <input type="checkbox"/> แดง (วิกฤติ) <input type="checkbox"/> เหลือง (เร่งด่วน) <input type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) <input type="checkbox"/> ขาว (ทั่วไป) <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)												

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ	<input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหมาะสม/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักฐานประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้สรุปรายงาน	รหัส.....	

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ) เพิ่ม RC code

HN.....	การวินิจฉัยโรค.....			
ระดับการคัดแยก (ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง (วิกฤติ) L1, L2 <input type="checkbox"/> เหลือง (เร่งด่วน) L3 <input type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) L4 <input type="checkbox"/> ขาว (ทั่วไป) L5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย				
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การให้สารน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล			

6. ผลการรักษาในโรงพยาบาล (ติดตามทุกวันสิ้นเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล				

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

1. หน่วยบริการ

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ ปฏิบัติการที่

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส 2..... รหัส
3..... รหัส 4..... รหัส

ผลการปฏิบัติงาน ☐ ไม่พบเหตุ ☐ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ..... เหตุการณ์

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากรถ	สิ่งที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				.....นาที	.....นาที	
เลข กม.					ระยะทางกลับ.....กม.		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป.....กม.				ระยะไป รพ.....กม.		

3. ข้อมูลผู้ป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ (จากระบบ) ☐ ชาย ☐ หญิง

☐ คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..... ☐ แรงงานต่างด้าว

☐ ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง.....

สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ☐ ไม่มี

หลักประกัน

สภาพผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย ☐ บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ☐ ป่วยฉุกเฉิน

Time	Vital signs				Neuro Signs			DTX
	T	BP	PR	RR	E	V	M	
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกรู้ตัวดี	<input type="checkbox"/> ซึม	<input type="checkbox"/> หดสติปลุกตื่น	<input type="checkbox"/> หดสติปลุกไม่ตื่น	<input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย			
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เร็ว	<input type="checkbox"/> ช้า	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ			
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แผลลลอก	<input type="checkbox"/> อีกราย / ตัด	<input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ	<input type="checkbox"/> แผลไหม้	<input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะตัดขาด <input type="checkbox"/> ถูกกระเบิด		
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ผิดรูป						
อวัยวะ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ	<input type="checkbox"/> ใบหน้า	<input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง	<input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหปลาร้า	<input type="checkbox"/> ช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ข้อมือ/ข้อมือ	<input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back	

การช่วยเหลือ

ทางเดินหายใจ / การหายใจ ☐ ไม่ ☐ เปิดทางเดินหายใจ ☐ ใส่ Oral airway ☐ ให้ O₂ canula/mask ☐ Ambu bag ☐ Pocket Mask

บาดแผล/ห้ามเลือด ☐ ไม่ ☐ การกดห้ามเลือด ☐ ทำแผล

การตามกระดูก ☐ ไม่ ☐ ผีอกลม/ไม้ตาม/ sling ☐ ผีอกตามคอและกระดูกสันหลังยาว ☐ ผีอกหลังและคอ (KED)

ช่วยฟื้นคืนชีพ ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ☐ ไม่ยอมให้รักษา ☐ พูลา ☐ คงเดิม/คงที่ ☐ ทรุดหนัก ☐ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ☐ เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล* ☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน

เหตุผล ☐ เหมาะสม/สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้สรุปรายงาน รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN..... การวินิจฉัยโรค.....

ระดับการคัดแยก (ER Triage) ☐ แดง (วิกฤติ) L1, L2 ☐ เหลือง (เร่งด่วน) L3 ☐ เขียว (ไม่รุนแรง) L4 ☐ ขาว (ทั่วไป) L5 ☐ ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย

ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....

ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ

6. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted ☐ Yes ☐ No

☐ พูลา ☐ รักษาต่อที่อื่น ☐ ยังรักษาในรพ. ☐ เสียชีวิตใน รพ. ☐ ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ ☐ กลับไปดวยบ้าน ☐ ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่.....
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1..... รหัส	2..... รหัส	
3..... รหัส	4..... รหัส	
ผลการปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ.....	เหตุการณ์	

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =.....นาที				.....นาที	.....นาที	
เลข กม.	.....			.....	.....	.....	.....
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				ระยะไป รพ.....กม.	ระยะทางกลับ.....กม.	

3. ผู้เจ็บป่วย

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> คนไทย เลขบัตรประชาชน (ปรับformat)..... <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง..... สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ประกันท่องเที่ยว ประเทศ..... <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ ประเภทรถ.....ทะเบียนรถหมวด..... เลขทะเบียน.....จังหวัด.....
สภาพผู้ป่วย	
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หหมดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะวอวาย การหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เร็ว <input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ บาดแผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลลอก <input type="checkbox"/> ฉีกขาด / ตัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาดขาด <input type="checkbox"/> ถูกระเบิด กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผิดรูป	
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> สันหลัง/หลัง <input type="checkbox"/> หน้าอก/ไหปลาร้า <input type="checkbox"/> ช่องท้อง <input type="checkbox"/> เเชิงกราน <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> Multiple injury back	
การช่วยเหลือ	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> จัดทำผู้ป่วย <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask) การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> เฝือกลม/ไม้ตาม/ sling <input type="checkbox"/> เฝือกตามคอและกระดูกสันหลังยาว ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรุดหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตขณะนำส่ง	

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา.....	<input type="checkbox"/> รพ.รัฐ <input type="checkbox"/> รพ.เอกชน
เหตุผล <input type="checkbox"/> เหมาะสม/สามารถรักษาได้ <input type="checkbox"/> อยู่ใกล้ <input type="checkbox"/> มีหลักประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ส่งรายงาน	รหัส.....	

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัยโรค.....
ระดับการคัดแยก(ER Triage) <input type="checkbox"/> แดง(วิกฤติ) L1, L2 <input type="checkbox"/> เหลือง(เร่งด่วน) L3 <input type="checkbox"/> เขียว(ไม่รุนแรง) L4 <input type="checkbox"/> ขาว(ทั่วไป) L5 <input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช่ผู้ป่วย	
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การตามกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

6. ผลการรักษาที่/ในโรงพยาบาล (ติดตามในวันสิ้นเดือน)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ทูเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> ยังรักษาในรพ. <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ <input type="checkbox"/> กลับไปตายบ้าน <input type="checkbox"/> ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น