



คู่มือ

แนวทางการตรวจการประเมินคุณภาพ

และตรวจสอบชดเชยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT)

ปีงบประมาณ 2554

2554



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ISBN : 978-616-11-0659-1

๕
๕
๔๔ค
๖๔



มีขนาด ๑๐๐ ซีเอ็ม หนึ่งเล่ม

คู่มือ

แนวทางการตรวจการประเมินคุณภาพ

และตรวจสอบขีดความสามารถในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT)

ปีงบประมาณ 2554

2554

เลขหมู่	WX 215 5544ค 2554
เลขทะเบียน	00008600
วันที่	19 ต.ค 2555

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ISBN : 978-616-11-0659-1

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ 978-616-11-0659-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 500 เล่ม

ประธานที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

นายแพทย์ประจักษ์วิช เล็บนาค

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

บรรณาธิการ

นางชิตชนก สุวคนธ์

นายบัณฑิต พิระพันธ์

นายศิริชัย นิมมา

กองบรรณาธิการ

นางพิศมัย พันธุ์ครุฑ

นางสาวอนัญญา พันธุ์คุณาวัฒน์

นางสาวสิริมา ไบปล้ำ

ศิลปกรรม

อาร์ตควอลิไฟท์

พิมพ์ที่

บริษัท นิวธรรมดกการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด

202 ซ.ดอนฤศล ถ.เจริญกรุง 57 แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

เจ้าของ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8 กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2965 9782-4 โทรสาร 0 2965 9780-1 เว็บไซต์ : www.emit.go.th

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีบทบาทภารกิจในการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัดตั้ง “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาโดยที่โครงสร้างการจัดการ ความพร้อมของบุคลากร การจัดการด้านงบประมาณ การจัดการระบบดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินการโดยใช้กระบวนการตรวจประเมินผลในระดับจังหวัด จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากเพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ ติดตาม เพื่อใช้ในการวางแผนกำหนดทิศทาง การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการกำหนดนโยบายระดับประเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้จัดทำแนวทางการตรวจการประเมินคุณภาพและตรวจสอบชดเชยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้การประเมินผลการดำเนินการโดยใช้กระบวนการตรวจประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนผู้รับบริการต่อไป

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
ที่มา หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	2
เป้าหมาย	2
ผลผลิต	3
ผลลัพธ์	3
เครื่องมือการตรวจประเมิน	3
ผู้ตรวจประเมิน (Auditor)	4
แนวทาง ขั้นตอนการดำเนินงาน	5
การบริหารงบประมาณและการเบิกจ่าย	7
การสรุป วิเคราะห์ผล และการรายงานผล	7
ตัวชี้วัดการดำเนินงานติดตาม กำกับคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	7
แผนการดำเนินงาน	8
บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	8
การประเมินผล	9
โปรแกรมการบันทึก	10
บทที่ 1 แนะนำระบบ AUDIT EMS	10
บทที่ 2 ตรวจสอบประเมิน	13
บทที่ 3 รายงานแบบประเมิน	18
บทที่ 4 การจัดการผู้ใช้งาน	22
ภาคผนวก	25
1. แบบตรวจประเมินพร้อมคำอธิบายแบบตรวจประเมิน	27
2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ALS, ILS, BLS, FR	55
3. คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบการสั่งการเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉิน	61

แนวทางการตรวจการประเมินคุณภาพ

ตรวจสอบขีดความสามารถบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT)

ปีงบประมาณ 2554

ที่มา หลักการและเหตุผล

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมวด 3 การปฏิบัติการฉุกเฉิน มาตรการ 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ชุดปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

- (1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของชุดปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น
- (3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทั่วทั้ง

ชุดปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง มาตรการ 29 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรการ 28 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

- (1) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (3) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (4) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและรายงานของชุดปฏิบัติการ และสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากรพาหนะ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน



ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการและเครือข่ายฯ ภายใต้มาตรการและกลไกการจัดการที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดรวมทั้งตามเจตนารมณ์ของการประกาศใช้ พรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและมาตรฐานโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น จากการดำเนินการที่ผ่านมา มุ่งเน้นในเรื่องการกระจายการเข้าถึงบริการในส่วนการดำเนินการกำกับ ติดตาม ประเมินผล ยังขาดระบบ กลไกการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะในส่วนของคุณภาพมาตรฐานและประสิทธิภาพการจัดการระบบบริการและการจัดการทางการเงิน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาโดยที่โครงสร้างการจัดการความพร้อมของบุคลากร การจัดการด้านงบประมาณ และการจัดการระบบดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินการโดยใช้กระบวนการตรวจประเมินผลในระดับจังหวัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากเพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ วางแผนกำหนดทิศทางเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการกำหนดนโยบายระดับประเทศ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) เพื่ออนุมัติแผนการดำเนินงานและแผนการเงิน ปี 2554 ในการประชุม กพฉ. ครั้งที่ 1/2554 เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2554 เป็นวงเงินทั้งสิ้น 699.81 ล้านบาท (งบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน 525 ล้านบาท และงบบริหารจัดการ 174.81 ล้านบาท)

กพฉ. มีมติอนุมัติแผนการดำเนินงานและแผนการเงิน ปี 2554 ตามที่ สพฉ. เสนอ โดยมีข้อสังเกตในเรื่องประสิทธิภาพของการจ่ายเงินให้กับการปฏิบัติการฉุกเฉิน และกลไกในการประเมินคุณภาพและตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบการทบทวนการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อนำไปสู่และพัฒนาคุณภาพและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด
2. เพื่อพัฒนากลไกและเครื่องมือการกำกับ ติดตามคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. 76 จังหวัดทั่วประเทศ
2. จำนวนเพิ่มที่ตรวจตามสัดส่วนจำนวนผลการปฏิบัติการ (โดยใช้ข้อมูลระหว่าง ตุลาคม - กันยายน 2553)



ผลผลิต

1. มีรูปแบบ แนวทาง เครื่องมือการตรวจติดตาม กำกับกับการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน
2. รายงานสรุป วิเคราะห์ผลการตรวจประเมิน กำกับ ติดตามการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาารูปแบบ แนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาเครื่องมือการตรวจประเมิน
4. ความถูกต้องของการจ่ายค่าตอบแทน
5. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนเทียบกับระดับความรุนแรง
6. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการ EMS
7. ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล

ผลลัพธ์

1. ศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ การแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ และสถานบริการที่รับการนำส่งต่อ มีการพัฒนาการให้บริการอย่างมีคุณภาพตามที่กำหนด
2. การบริหารจัดการ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมของการปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับจังหวัด
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ถูกต้องเหมาะสม
4. การจัดการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ
5. ความเป็นธรรมในการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

เครื่องมือการตรวจประเมิน

แบบตรวจประเมิน แยกตามระดับของการปฏิบัติการ พร้อมคู่มือ และคำอธิบายการใช้แบบตรวจประเมิน ทั้งนี้แบบตรวจประเมินของแต่ละระดับแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการปฏิบัติการและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ประเมินการปฏิบัติการของศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ
- ส่วนที่ 3 ประเมินการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 4 ประเมินโรงพยาบาลที่รับการนำส่งต่อในเรื่องการประเมินความเหมาะสมถูกต้องการดูแลผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 5 ประเมินความเหมาะสมและถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- ส่วนที่ 6 การประเมินภาพรวมของการออกปฏิบัติการในครั้งนั้น



ผู้ตรวจประเมิน (Auditor)

จำนวน องค์ประกอบ คุณสมบัติ

เป็นผู้ตรวจประเมินโดยใช้ผู้แทนระดับจังหวัดจำนวนแต่งตั้งไม่เกิน 4 คนต่อจังหวัด และองค์ประกอบอย่างน้อยต้องประกอบด้วย แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลงาน EMS หรือแพทย์ทั่วไป พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานที่ศูนย์สั่งการ พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานที่ชุดปฏิบัติการ และ เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของ สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการแต่งตั้ง

1. เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของ สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด /สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จัดส่งรายชื่อ ตามจำนวน องค์ประกอบ และคุณสมบัติผู้ตรวจประเมิน ที่กำหนด
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจประเมิน โดยผู้ตรวจประเมินผ่านการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการตรวจสอบชุดเคสบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด /สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ดำเนินการออกรหัสประจำตัวผู้ประเมิน

การกำหนดรหัสผู้ตรวจประเมิน Auditor

รหัสของ Auditor จะประกอบด้วยตัวเลข 5 ตัว แยกเป็น 3 ชุด

ชุดที่ 1 2 ตัวแรก หมายถึง รหัสจังหวัด

ชุดที่ 2 1 ตัวถัดมา หมายถึง รหัสอาชีพ

1 = แพทย์

2 = พยาบาล

3 = อื่นๆ

ชุดที่ 3 2 ตัวสุดท้าย หมายถึง ลำดับที่ของผู้ประเมินของจังหวัด ตัวอย่างเช่น 60-1-01 หมายถึง จังหวัดนครสวรรค์ แพทย์ ผู้ประเมินลำดับที่ 1 ของจังหวัด



แนวทาง ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อวางระบบประเมินคุณภาพและตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ประชุมหารือเพื่อหาแนวทางการตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. พิมพ์คู่มือแนวทางและแบบฟอร์มการตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. สรรหาผู้ตรวจประเมินตามองค์ประกอบและคุณสมบัติที่กำหนด
5. พัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจประเมิน
6. สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ดำเนินการตรวจสอบซัดเซยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (การตรวจประเมินโดยการตรวจประเมินผลการปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ของจังหวัดตนเอง)
7. สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร สรุป วิเคราะห์ผลการตรวจประเมินตามแบบรายงานที่กำหนด จัดส่งให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
8. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาแนวทาง รูปแบบการตรวจประเมินในปีต่อไป



ขั้นตอนการดำเนินงาน
การตรวจสอบชดเชยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT)



การบริหารงบประมาณและการเบิกจ่าย

งบประมาณที่ใช้สำหรับดำเนินการตรวจประเมิน จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยใช้หลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1. 100 บาท/แฟ้ม เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการตรวจประเมินสำหรับ Auditor
2. 100 บาท/แฟ้ม ค่าบันทึกผลการตรวจประเมินและค่าบริหารจัดการ

การสรุป วิเคราะห์ และการรายงานผลการตรวจประเมิน

สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศและสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้พัฒนาโปรแกรมการบันทึกผล และการวิเคราะห์ผลเบื้องต้น เพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็ว แก่ผู้ปฏิบัติงานในการจัดทำรายงาน การวิเคราะห์ผลการประเมิน ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวจะสามารถประมวลผลและออกรายงาน ข้อมูลการ ประเมินเป็นรายแฟ้ม ออกมาเพื่อนำสู่การสรุป วิเคราะห์

การสรุป วิเคราะห์ผลการประเมิน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. ระดับจังหวัด สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ดำเนินการสรุป วิเคราะห์ผลการตรวจประเมินที่ได้รับมอบหมาย
2. ระดับประเทศ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการสรุป วิเคราะห์ผลการประเมิน ในระดับประเทศ พร้อมจัดประชุมภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุป ประเมินผลการดำเนินงานพร้อมจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป

ตัวชี้วัด

เนื่องจากการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น การดำเนินงานจึงมุ่งเน้นในเรื่องขั้นตอนการดำเนินงาน ความครอบคลุม มากกว่าตัวผลลัพธ์ เพราะในปีแรกนี้มุ่งหวังให้เกิดระบบ กระบวนการการตรวจ ติดตาม กำกับคุณภาพบริการในจังหวัด ซึ่งในการดำเนินการปีต่อไป ตัวชี้วัดจะมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพการให้บริการและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม และประเมินประสิทธิภาพมากขึ้น



แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ระยะเวลา
1. พัฒนารูปแบบ แนวทาง เครื่องมือการประเมิน	
1.1 แต่งตั้งคณะทำงานย่อยพัฒนารูปแบบ แนวทาง เครื่องมือการ ประเมิน EMS	กรกฎาคม 53
1.2 ประชุมคณะทำงานย่อยพัฒนารูปแบบ แนวทาง เครื่องมือการ ประเมิน EMS	กรกฎาคม 53
1.3 พิมพ์คู่มือแนวทางและแบบฟอร์มการตรวจสอบชุดเซย์ค่าบริการในระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน	มีนาคม 54
1.4 สรรหาผู้ตรวจประเมิน	มีนาคม 54
2. จัดประชุมชี้แจงแนวทาง พร้อมพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการตรวจสอบชุดเซย์ ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เมษายน 54
3. สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม. ดำเนินการตรวจสอบ ชุดเซย์ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เมษายน - มิถุนายน 54
4. สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม. สรุป วิเคราะห์ ผลดำเนินการตรวจสอบชุดเซย์ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เมษายน - มิถุนายน 54
5. ประชุมสรุปผล การประเมินดำเนินการตรวจสอบชุดเซย์ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	กรกฎาคม 54

บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินการมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในบทบาทหน้าที่ต่างๆ กัน ดังนี้

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำหน้าที่
 - 1.1 กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง รูปแบบการดำเนินงาน และเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณภาพรวม ระดับเขต
 - 1.2 กำหนดองค์ประกอบ คุณสมบัติของผู้ตรวจประเมิน
 - 1.3 จัดทำคู่มือ/เครื่องมือ/โปรแกรมการบันทึกและรายงานผลการตรวจประเมิน
 - 1.4 พัฒนาแบบรายงาน กำหนดประเด็นการสรุปวิเคราะห์ผลการประเมินในระดับจังหวัด
 - 1.5 รวบรวมผลการตรวจประเมิน พร้อมจัดทำสรุป ประเมินผลการดำเนินงาน ในภาพรวม
 - 1.6 เสนอผลการตรวจประเมินต่อผู้บริหาร



2. สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่
 - 2.1 สรรหา ผู้ตรวจประเมินตามองค์ประกอบ คุณสมบัติที่กำหนด
 - 2.2 ดำเนินการ ติดตามรวบรวมผลการตรวจประเมินจากผู้ตรวจประเมิน
 - 2.3 รายงานสรุป ผลการตรวจประเมินในระดับจังหวัดตามแบบรายงานที่กำหนด
 - 2.4 นำผลการตรวจประเมินที่ได้รับการแจ้งกลับไปวางแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดตนเอง
3. คณะกรรมการผู้ตรวจประเมิน
สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่
 - 3.1 ตรวจประเมินการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์สั่งการระดับจังหวัด ชุดปฏิบัติการ หน่วยบริการที่รับการนำส่ง และการบริหารจัดการภาพรวมของจังหวัด ตามแนวทางที่กำหนด
 - 3.2 บันทึกผลการตรวจประเมิน

การประเมินผลของการดำเนินงาน

1. กำหนดประเด็นการประเมินผล
 - 1.1 ประเมินกระบวนการ
 - 1.1.1 ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
 - 1.1.2 ความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการประเมิน
 - 1.1.3 ความพึงพอใจของศูนย์สั่งการ ชุดปฏิบัติการ ผู้ตรวจประเมินในแต่ละระดับ ต่อภาพรวมการดำเนินงาน
 - 1.2 ประเมินผลลัพธ์
 - 1.2.1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตัวเลขผลการดำเนินงาน และตัวเลขการจ่ายชดเชยค่าบริการ
 - 1.3 ประเมินผลกระทบต่อการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 1.3.1 การประเมินมีผลต่อแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แผนการประเมินผล
 - 2.1 วางกรอบแนวคิดและวางแผนการประเมินผล
 - 2.2 กำหนดวิธีและรูปแบบการประเมินผล
 - 2.3 สร้างเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลในการประเมินผล
 - 2.4 ดำเนินการประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล
 - 2.5 สรุปผลการดำเนินงานประเมิน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย



โปรแกรมการบันทึก

บทที่ 1 แนะนำระบบ AUDIT EMS

รู้จัก ระบบ AUDIT EMS

คำว่า ระบบ AUDIT EMS หมายถึง โปรแกรมทางการตรวจการประเมินคุณภาพและตรวจสอบชดเชยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (AUDIT) ที่ถูกออกแบบมาให้เป็นสภาพแวดล้อมการทำงานที่จริงและใช้งานได้ ดังนั้น ระบบ AUDIT EMS เป็นโปรแกรมประเภท Web Application ที่สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องมีการติดตั้งโปรแกรมลงไปบนเครื่องของท่าน เพียงแต่เครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องนั้นต้องสามารถใช้อินเทอร์เน็ตก็สามารถใช้ระบบ AUDIT EMS ได้แล้ว ท่านสามารถเข้าใช้งานที่เว็บไซต์ <http://register.emit.go.th/auditem/Default.aspx>

สภาพแวดล้อมการทำงาน

เมื่อเปิด IE ขึ้นมาและพิมพ์ <http://register.emit.go.th/auditem/Default.aspx> จะพบกับหน้าตาของระบบ AUDIT EMS และพร้อมคำอธิบายเมนูต่างในระบบ ดังภาพ

การตรวจสอบข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Medical Institute of Thailand)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบการตรวจและพัฒนาคู่มือการบริการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด
2. เพื่อพัฒนาการให้บริการฉุกเฉินที่ปลอดภัย มีคุณภาพการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

- 76 สถานีทั่วประเทศ

เครื่องมือการตรวจประเมิน

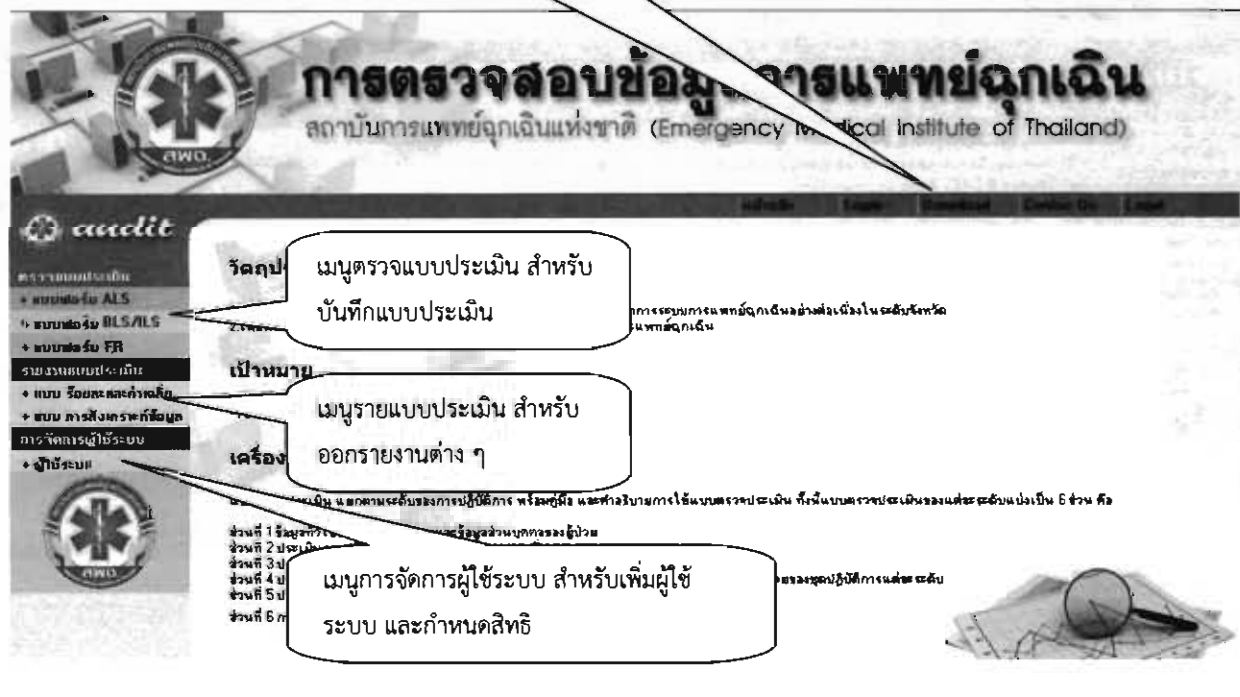
แบบตรวจประเมิน ครอบคลุมระดับของการปฏิบัติการ พร้อมคู่มือ และคำอธิบายการใช้แบบตรวจประเมิน ซึ่งแบบตรวจประเมินแต่ละระดับแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกปฏิบัติการและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป้อน
- ส่วนที่ 2 ประเด็นการปฏิบัติการของศูนย์รับแจ้งเหตุและจัดการ
- ส่วนที่ 3 ประเด็นการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 4 ประเด็นนโยบายการปฏิบัติงานในโรงรถประเมินความเหมาะสมของคู่มือการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 5 ประเด็นความเหมาะสมและถูกต้องของภาระกิจของชุดปฏิบัติการ
- ส่วนที่ 6 การประเมินภาพรวมของการปฏิบัติการในท้องถิ่น

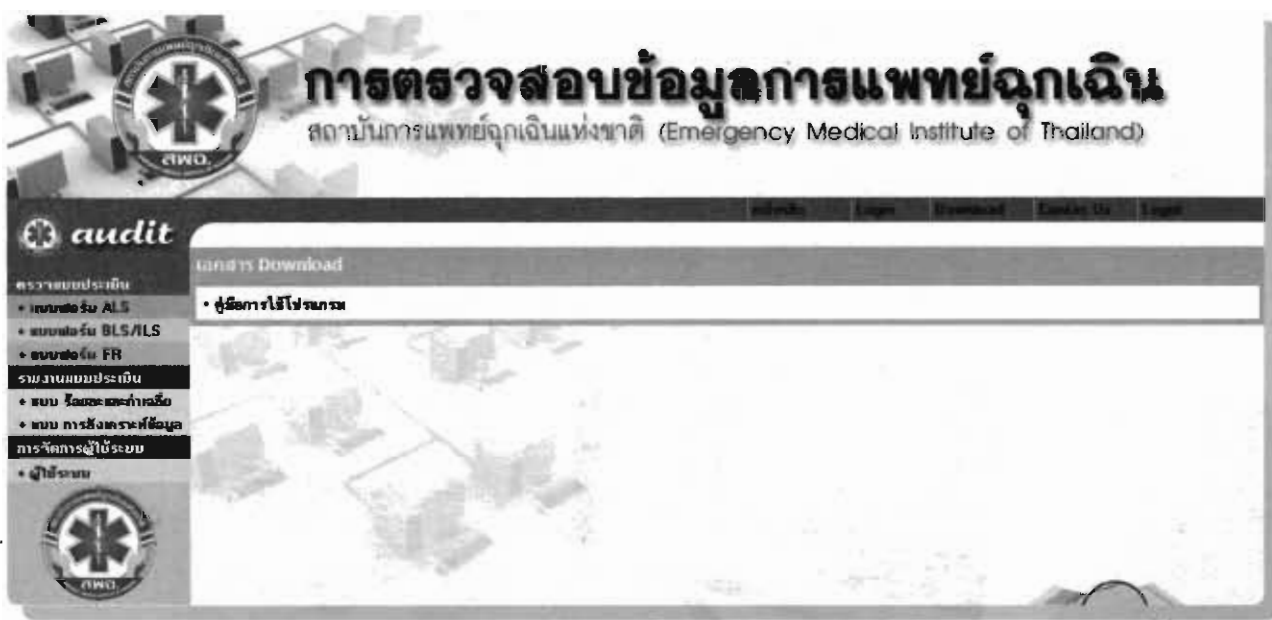
รูปที่ 1.1 หน้าจอของระบบ AUDIT EMS



เมนู Download สำหรับ Download ข้อมูล เช่น คู่มือ เป็นต้น



รูปที่ 1.2 หน้าจอของระบบ AUDIT EMS



รูปที่ 1.3 หน้าจอ “เอกสาร Download”





การตรวจสอบข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Medical Institute of Thailand)

audit

ตรวจสอบประเมิน

- + ระบบรับ ALS
- + ระบบส่งรับ BLS/ALS
- + ระบบส่งรับ FPI
- ระบบขนส่งประเมิน
- + ระบบ รือส่งและค่าเฉลี่ย
- + ระบบ การสื่อสารกรณีฉุกเฉิน
- บริการการฉุกเฉินระบบ
- + ผู้ให้บริการ



ติดต่อเรา

สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
อาคารกองวิศวกรรมทางการแพทย์ ชั้น 2 รพ.ศิริราชราชบุรี อ.เมือง จ.ราชบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2965 9780-1
โทรสาร 0 2965 9782-4



รูปที่ 1.4 หน้าจอ “ติดต่อเรา”



บทที่ 2 ตรวจสอบประเมิน

บันทึกแบบประเมิน

ในการแบบตรวจประเมินฯ แยกตามระดับของการปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย ระดับ ALS, BLS/ILS และ FR ทั้งนี้แบบตรวจประเมินของแต่ละระดับแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการปฏิบัติการและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ประเมินการปฏิบัติการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
- ส่วนที่ 3 ประเมินการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 4 ประเมินโรงพยาบาลที่รับการนำส่งต่อในเรื่องการประเมินความเหมาะสมถูกต้องการดูแลผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ
- ส่วนที่ 5 ประเมินความเหมาะสมและถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- ส่วนที่ 6 การประเมินภาพรวมของการออกปฏิบัติการในครั้งนั้น

ดังนั้นถ้าต้องการบันทึกแบบประเมินฯ ท่านจะต้อง Login ของระบบ AUDIT EMS ก่อน เมื่อท่าน Login ผ่านแล้วให้ท่านต้องการจะบันทึกแบบประเมินแบบไหน สามารถนำเมาส์ไปคลิกที่ เมนู ด้านซ้าย ซึ่งเมนูนี้ประกอบด้วย หัวข้อ

1. "แบบฟอร์ม ALS"
2. "แบบฟอร์ม BLS/ILS"
3. "แบบฟอร์ม FR"

เมื่อท่านตัดสินใจจะเลือกแบบประเมินแบบไหนแล้วก็สามารถคลิกได้ที่หัวข้อเลย ตัวระบบฯ จะแสดงหน้าจอ นั้น ดังรูป ซึ่งเป็นหน้าจอการบันทึกแบบประเมิน พร้อมคำอธิบาย

ปุ่ม "เพิ่ม" ทำหน้าที่ ปลดล็อกหน้าจอ ตัวระบบฯ จะทำการปลดล็อก ต่อเมื่อนำเมาส์ไปคลิกที่ปุ่ม "เพิ่ม" เพื่อให้ท่านสามารถกรอกข้อมูลไปได้

ปุ่ม "บันทึก" ทำหน้าที่ บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูล เมื่อท่านได้กรอกข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้วและต้องการบันทึก (Save) ท่านก็นำเมาส์ไปคลิกที่ปุ่ม "บันทึก" ตัวระบบฯ จะทำการบันทึกข้อมูลดังกล่าวลงสู่ฐานข้อมูล

ปุ่ม "ล้างข้อมูล" ทำหน้าที่ เคลียร์ข้อมูลที่บนหน้าจอออกทั้งหมด ถ้าท่านต้องการล้างข้อมูลทั้งหมดที่อยู่ในหน้าจอก็สามารถทำได้โดยการนำเมาส์ไปคลิกที่ปุ่ม "ล้างข้อมูล" ตัวระบบฯ จะทำการล้างข้อมูลทั้งหมดออกจากหน้าจอ



แบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	
<input type="button" value="เพิ่ม"/> <input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>	
จังหวัด ที่ประเมิน	
ชื่อผู้ตรวจประเมิน	Auditor code
จังหวัด ที่ถูกประเมิน	---เลือกข้อมูล---
เลขที่ปฏิบัติการ	
ชื่อชุดปฏิบัติการ	---เลือกข้อมูล---
รหัสชุดปฏิบัติการ	---เลือกข้อมูล---
อาการผู้ป่วยฉุกเฉิน	---เลือกข้อมูล---
อาการความรุนแรง	---เลือกข้อมูล---
ID ผู้ป่วย	
HN	
เพศ	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
อายุ	
ประวัติการ	
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อฉุกเฉินแจ้งขอความช่วยเหลือ	<input type="radio"/> ซัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ ซัดเจน	<input type="radio"/> ซัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก
3. การระงับอาการ/อาการสาหัสของเหตุสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้	<input type="radio"/> ได้ <input type="radio"/> ไม่ได้ <input type="radio"/> ไม่บันทึก
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งไปออกปฏิบัติการ	<input type="radio"/> ALS <input type="radio"/> BLS/ILS <input type="radio"/> FR <input type="radio"/> ไม่บันทึก
5. สิ่งที่ได้เหมาะสมกับลักษณะของชุดปฏิบัติการ	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น
ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	
6. Dispatch time	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที) <input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 1 <input type="radio"/> ไม่บันทึก
7. Response time และระยะเวลาไปถึงที่เกิดเหตุ	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที) <input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที <input type="radio"/> ไม่บันทึก
8. มีการประเมิน Glasgow coma score บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
9. มีการประเมิน Pupil reaction บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
10. มีการประเมิน vital signs บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
11. มีการประเมินและบันทึกสภาพผู้ป่วยแรกพบใน ER	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
12. การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และขณะนำส่ง	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
13. การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสภาพอาการผู้ป่วย	<input type="radio"/> มีสอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก
ประเมินการประเมิน	
14. มีการประเมินการนำส่งของ ALS	<input type="radio"/> มีสอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก
การดูแลผู้ป่วย	
15. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="radio"/> ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก
16. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนบริการเทียบกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น
ประเมินการส่ง	
17. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="radio"/> สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง
18. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="radio"/> จำเป็น <input type="radio"/> ไม่จำเป็น
19. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล	
19.1 แบบบันทึกศูนย์จัดการ	<input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ <input type="text"/>
19.2 แบบบันทึกชุดปฏิบัติการ	<input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ <input type="text"/>
20. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="radio"/> Admit <input type="radio"/> ไม่ Admit <input type="radio"/> Refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่รับการรักษา
<input type="button" value="เพิ่ม"/> <input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>	

รูปที่ 2.1 หน้าจอบันทึก แบบฟอร์ม ALS



แบบสำรวจประเมินการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นและระดับกลาง (BLS/ILS)	
	<input type="button" value="เพิ่ม"/> <input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>
จังหวัด ที่ประเมิน	
ชื่อผู้ตรวจประเมิน	Auditor code <input type="text"/>
จังหวัด ที่ถูกประเมิน	--เลือกข้อมูล--
เลขที่ปฏิบัติการ	
ชื่อชุดปฏิบัติการ	--เลือกข้อมูล--
รหัสชุดปฏิบัติการ	--เลือกข้อมูล--
อาการผู้ป่วยฉุกเฉิน	--เลือกข้อมูล--
อาการความรุนแรง	--เลือกข้อมูล--
ID ผู้ป่วย	
HN	
เพศ	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
อายุ	
ชุดปฏิบัติการ	
1. ระบบสายที่ติดแน่น หรือเข็มเบอร์ตีตต่อสายจึงฉีดเงิน เข้าใจง่าย	<input type="radio"/> ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	<input type="radio"/> ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก
3. การระบุอาการป่วย/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	<input type="radio"/> ได้ <input type="radio"/> ไม่ได้ <input type="radio"/> ไม่บันทึก
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งไปออกปฏิบัติการ	<input type="radio"/> ALS <input type="radio"/> BLS/ILS <input type="radio"/> FR <input type="radio"/> ไม่บันทึก
5. สิ่งที่ได้เหมาะสมกับสภาพของชุดปฏิบัติการ	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	
6. Dispatch time	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที) <input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 1 <input type="radio"/> ไม่บันทึก
7. Response time และระยะเวลาไปถึงที่เกิดเหตุ	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที) <input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที <input type="radio"/> ไม่บันทึก
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	<input type="radio"/> มี สอดคล้อง <input type="radio"/> มี ไม่สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก
9. การปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ	<input type="radio"/> บันทึก <input type="radio"/> ไม่บันทึก
กรณีรับบริการผ่าน	
10. มีการประเมินการนำส่งของ BLS/ILS	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี
การจ่ายค่าบริการ	
11. การจ่ายค่าตอบแทนบริการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="radio"/> ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนบริการที่เทียบเคียงระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น
ประเมินการรวม	
13. สภาพผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="radio"/> สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="radio"/> จำเป็น <input type="radio"/> ไม่จำเป็น
15. ความครบถ้วนของสารบันทึกข้อมูล	<input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วน
15.1 แบบบันทึกศูนย์สั่งการ	รวม <input type="text"/>
15.2 แบบบันทึกชุดปฏิบัติการ	รวม <input type="text"/>
16. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="radio"/> Admit <input type="radio"/> ไม่ Admit <input type="radio"/> Refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่ให้บริการนำส่ง
	<input type="button" value="เพิ่ม"/> <input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>

รูปที่ 2.2 หน้าจอบันทึก แบบฟอร์ม BLS/ILS



แบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)

	<input type="button" value="เพิ่ม"/>	<input type="button" value="บันทึก"/>	<input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>
จังหวัด ที่ประเมิน			
ชื่อผู้ตรวจประเมิน			Auditor code <input type="text"/>
จังหวัด ที่ถูกประเมิน	---เลือกข้อมูล---		
เลขที่ปฏิบัติการ			
ชื่อชุดปฏิบัติการ	---เลือกข้อมูล---		
รหัสชุดปฏิบัติการ	---เลือกข้อมูล---		
อาการผู้ป่วยฉุกเฉิน	---เลือกข้อมูล---		
อาการความรุนแรง	---เลือกข้อมูล---		
ID ผู้ป่วย			
HN			
เพศ	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง		
อายุ			
คุณสมบัติเฉพาะ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งเหตุ แจ้งเหตุ	<input type="radio"/> ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
2. มีการระบุประเภทประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	<input type="radio"/> ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่ชัดเจน <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
3. การระบุอาการผู้ป่วย/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	<input type="radio"/> ได้ <input type="radio"/> ไม่ได้ <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งในออกปฏิบัติการ	<input type="radio"/> ALS <input type="radio"/> BLS/ILS <input type="radio"/> FR <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
5. สิ่งการได้เฉพาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น		
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง (ALS)			
6. Dispatch time	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที)	<input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 1 <input type="radio"/> ไม่บันทึก	
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุ	<input type="text"/> นาที (เช่น 20 นาที)	<input type="radio"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที <input type="radio"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที <input type="radio"/> ไม่บันทึก	
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	<input type="radio"/> มี สอดคล้อง <input type="radio"/> มี ไม่สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
9. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้สอดคล้องกับสภาพอาการผู้ป่วย	<input type="radio"/> สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
จุดสังเกตอื่นๆ			
10. มีการประเมินการนำส่งของ FR	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี		
การจ่ายค่าตอบแทน			
11. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="radio"/> ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่ถูกต้อง <input type="radio"/> ไม่บันทึก		
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนการเทียบกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="radio"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น		
ประสิทธิภาพการ			
13. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="radio"/> สอดคล้อง <input type="radio"/> ไม่สอดคล้อง		
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="radio"/> จำเป็น <input type="radio"/> ไม่จำเป็น		
15. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล			
15.1 แบบบันทึกศูนย์สั่งการ	<input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วน	รวม <input type="text"/>	
15.2 แบบบันทึกชุดปฏิบัติการ	<input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วน	รวม <input type="text"/>	
16. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="radio"/> Admit <input type="radio"/> ไม่ Admit <input type="radio"/> Refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง		
	<input type="button" value="เพิ่ม"/>	<input type="button" value="บันทึก"/>	<input type="button" value="ล้างข้อมูล"/>

รูปที่ 2.3 หน้าจอบันทึก แบบฟอร์ม FR



แก้ไขแบบประเมิน

ถ้าต้องการแก้ไขแบบประเมินฯ ท่านจะต้อง Login ของระบบ AUDIT EMS ก่อน เมื่อท่าน Login ผ่านแล้วให้ท่านต้องการจะบันทึกแบบประเมินแบบไหน สามารถนำเมาส์ไปคลิกที่ เมนู ด้านซ้าย ซึ่งเมนูนี้ประกอบด้วย หัวข้อ

1. “แบบฟอร์ม ALS”
2. “แบบฟอร์ม BLS/ILS”
3. “แบบฟอร์ม FR”

เมื่อท่านตัดสินใจจะเลือกแบบประเมินแบบไหนแล้วก็สามารถคลิกได้ที่หัวข้อเลย ตัวระบบฯ เช่น เลือกแบบฟอร์ม ALS เป็นต้น ระบบจะแสดงหน้าจอขึ้น ดังรูป ซึ่งจะเป็นหน้าจอให้เลือกหัวข้อย่อยอีกที เช่น ต้องการแก้ไขแบบประเมิน ก็ให้เลือกหัวข้อ “แก้ไขแบบประเมินฟอร์ม ALS” พร้อมคำอธิบาย

เมนู ตรวจสอบประเมิน [แบบฟอร์ม ALS]

- บันทึกแบบประเมินฟอร์ม ALS
- แก้ไขแบบประเมินฟอร์ม ALS

รูปที่ 2.4 หน้าจอ หัวข้อย่อย “แบบฟอร์ม ALS”

เมนู ตรวจสอบประเมิน [แบบฟอร์ม BLS/ILS]

- บันทึกแบบประเมินฟอร์ม BLS/ILS
- แก้ไขแบบประเมินฟอร์ม BLS/ILS

รูปที่ 2.5 หน้าจอ หัวข้อย่อย “แบบฟอร์ม BLS/ILS”

เมนู ตรวจสอบประเมิน [แบบฟอร์ม FR]

- บันทึกแบบประเมินฟอร์ม FR
- แก้ไขแบบประเมินฟอร์ม FR

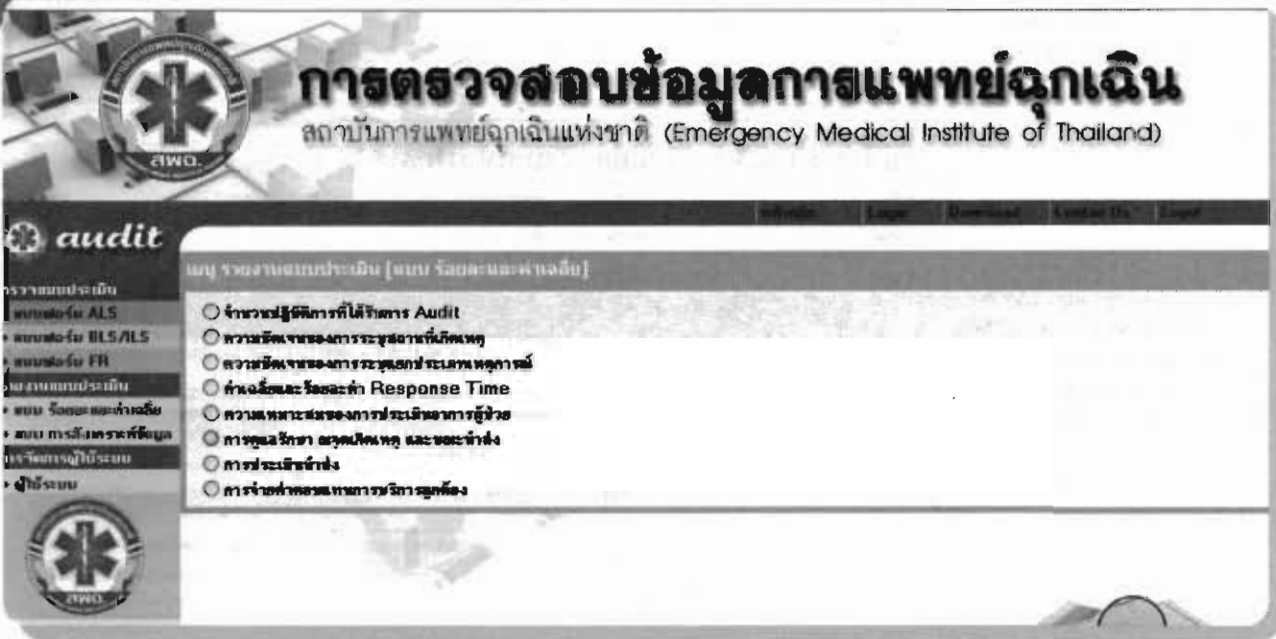
รูปที่ 2.6 หน้าจอ หัวข้อย่อย “แบบฟอร์ม FR”



บทที่ 3 รายงานแบบประเมิน

แบบย่อและค่าเฉลี่ย

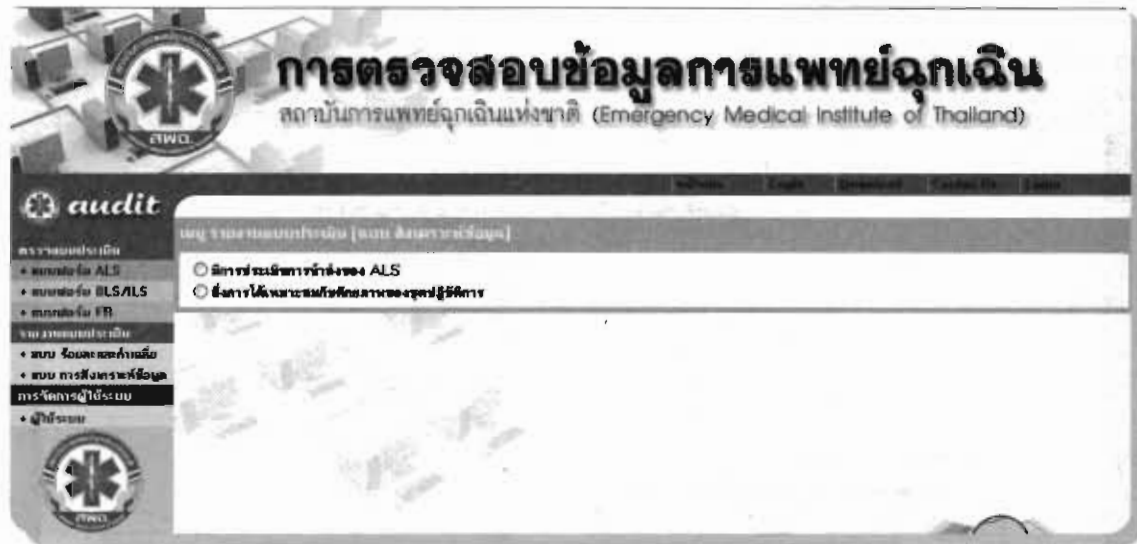
ถ้าต้องการดูรายงานแบบประเมินฯ จะต้อง Login ของระบบ AUDIT EMS ก่อน เมื่อ Login แล้วต้องการดูรายงานแบบประเมินแบบไหน สามารถนำเมาส์ไปคลิกที่ เมนู ด้านซ้าย ที่หัวข้อ "แบบย่อและค่าเฉลี่ย" ระบบจะแสดงรายการต่างๆ ให้เลือก ดังรูป



รูปที่ 3.1 หน้าจอ แสดงหัวข้อรายงาน



กรณีต้องการดูรายงานประเภทสังเคราะห์ข้อมูลก็สามารถดูได้ โดยนำเมาส์ไปคลิกที่เมนู ด้านซ้าย ที่หัวข้อ “แบบสังเคราะห์ข้อมูล” ระบบจะแสดงรายการต่างๆ ให้เลือก ดังรูป



รูปที่ 3.2 หน้าจอ แสดงหัวข้อรายงาน

ตัวอย่างรายงาน

ร้อยละความชัดเจนของการระบุสถานที่เกิดเหตุ								
ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ								
ระบุสถานที่เกิดเหตุ	ALS		BLS		FR		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	28	90.32	15	65.22	27	87.10	70	82.35
ไม่ชัดเจน	3	9.68	8	34.78	4	12.90	15	17.65
ไม่บันทึก	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	31	100.00	23	100	31	100	85	100.00

ร้อยละความชัดเจนของการระบุแยกประเภทเหตุการณ์								
ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ								
แยกประเภทเหตุการณ์	ALS		BLS		FR		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชัดเจน	28	90.32	23	100.00	21	67.74	72	84.71
ไม่ชัดเจน	2	6.45	0	0.00	5	16.13	7	8.24
ไม่บันทึก	1	3.23	0	0.00	5	16.13	6	7.06
รวม	31	100.00	23	100	31	100	85	100.00

ร้อยละความชัดเจนของการระบุอาการ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรง								
ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ								
อาการนำ/อาการสำคัญ	ALS		BLS		FR		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้	31	100.00	20	86.96	22	70.97	73	85.88
ไม่ได้	0	0.00	2	8.70	5	16.13	7	8.24
ไม่บันทึก	0	0.00	1	4.35	4	12.90	5	5.88
รวม	31	100.00	23	100	31	100	85	100.00

รูปที่ 3.3 ตัวอย่างรายงานแบบ Excel



Main Report

แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจ Audit บริการ EMS
 บริการรถพยาบาล

บริการ Audit ครั้งที่ 1/2551
 จากข้อมูลการตรวจรถพยาบาล ระหว่าง วันที่ 22 ถึงวันที่ 2551 เวลา 20.51 น.

1. ข้อมูล จำนวน รถมอเตอร์
1.1 ข้อมูล จำนวนรถพยาบาลที่ให้บริการ Audit รถพยาบาล

ชนิดรถ	ALS			BLS			FR		
	จ.รถพยาบาล	จำนวน Audit	รวม	จ.รถพยาบาล	จำนวน Audit	รวม	จ.รถพยาบาล	จำนวน Audit	รวม
รถพยาบาล	9	2	22.22	9	1	11.11	7	2	28.57

* จำนวน Audit รถพยาบาลที่ตรวจระหว่าง 1 ชม.50 ถึง 2 ชม.50










รูปที่ 3.4 หน้าการออกรายงานหลัก



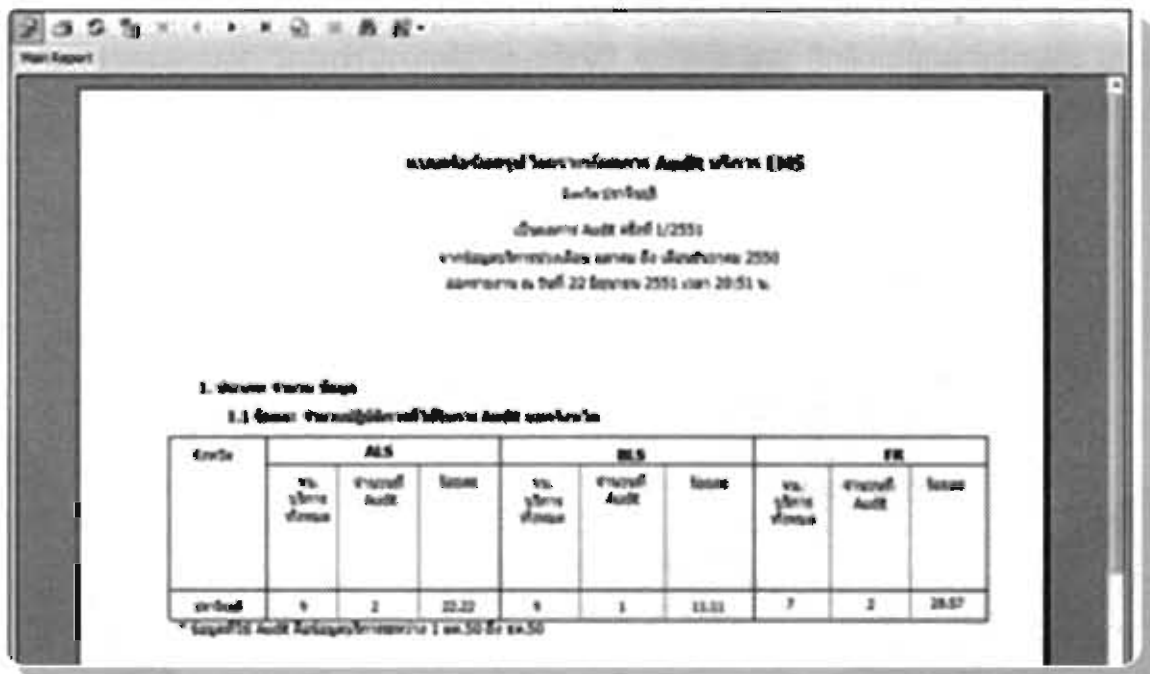
รูปที่ 3.5 แสดงรายละเอียดเครื่องมือการใช้งานหน้าออกรายงาน



หลังจากที่ระบบออกรายงานมา สามารถที่จะเลือกที่จะแสดงส่วนต่างๆ ได้ โดยสามารถที่จะเลือกการทำการได้ที่เมนูบาร์ตามรูปที่ ข ดังนี้

	สำหรับบันทึกข้อมูลให้เป็นรูปแบบอื่นๆ เช่น Microsoft Excel , Microsoft Word
	สำหรับพิมพ์รายงาน
	สำหรับเลื่อนรายงานไปยังหน้าแรก
	สำหรับเลื่อนหน้ารายงานไปยังหน้าก่อนหน้า
	สำหรับเลื่อนหน้ารายงานไปยังหน้าถัดไป
	สำหรับเลื่อนหน้ารายงานไปยังหน้าสุดท้าย
	สำหรับระบุหมายเลขหน้ารายงานที่จะดู
	สำหรับค้นหาข้อมูลในรายงาน
	สำหรับย่อหรือขยายหน้ารายงาน

ในกรณีที่ผู้ใช้งานต้องการที่จะดูรายงานเพียงหน้าที่สนใจหน้าเดียว สามารถทำได้โดย กรณาคlickเมาส์ที่หน้ารายงานหน้าปัจจุบัน จากนั้นโปรแกรมจะทำการแสดงหน้ารายงานอีกหนึ่งหน้า ดังรูปที่



รูปที่ 3.6 แสดงหน้ารายงานเจาะจงเฉพาะหน้าที่สนใจ



บทที่ 4 การจัดการผู้ใช้ระบบ

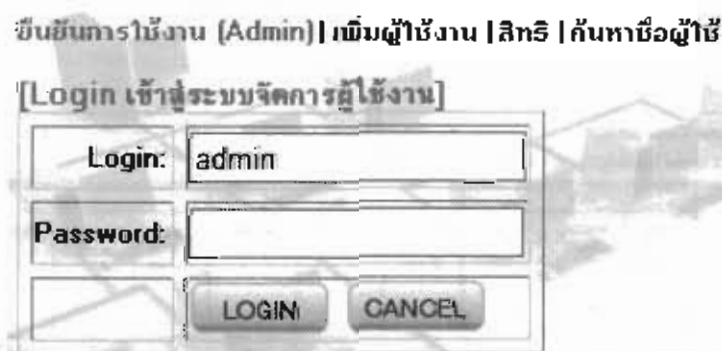
เพิ่มผู้ใช้ระบบ

ข้อตกลงและเงื่อนไข คือ ผู้ตรวจประเมินโดยใช้ผู้แทนระดับจังหวัดจำนวนแต่งตั้งไม่เกิน 4 คนต่อจังหวัด และองค์ประกอบอย่างน้อยต้องประกอบด้วย แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลงาน EMS หรือแพทย์ทั่วไป พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานที่ศูนย์สั่งการ พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานที่ชุดปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของ สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม

ขั้นตอนการแต่งตั้ง

1. เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของ สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด /สำนักงานการแพทย์ กทม. จัดส่งรายชื่อ ตามจำนวน องค์ประกอบ และคุณสมบัติผู้ตรวจประเมิน ที่กำหนด
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจประเมิน โดยผู้ตรวจประเมินผ่านการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการตรวจสอบชดเชยค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. สำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด /สำนักงานการแพทย์ กทม. ดำเนินการออกรหัสประจำตัวผู้ตรวจประเมิน

การเพิ่มผู้ใช้ในระบบฯ จะต้อง Login ของระบบ AUDIT EMS ก่อน เมื่อ Login ผ่านแล้ว การเพิ่มผู้ใช้ระบบ สามารถนำเมาส์ไปคลิกที่ เมนู ด้านซ้าย ที่หัวข้อ “การจัดการผู้ใช้ระบบ” ระบบจะแสดงรายการต่างๆ ให้เลือก ดังรูป



ยืนยันการใช้งาน (Admin) | เพิ่มผู้ใช้ระบบ | ล็อกอิน | ค้นหาชื่อผู้ใช้

[Login เข้าสู่ระบบจัดการผู้ใช้ระบบ]

Login:	admin
Password:	
	LOGIN CANCEL

รูปที่ 4.1 หน้าจอ การจัดการผู้ใช้ระบบ

ยืนยันการใช้งาน (Admin) | เพิ่มผู้ใช้งาน | สิทธิ | ค้นหาชื่อผู้ใช้งาน

[เพิ่มผู้ใช้งานในระบบ]

เลขบัตรประชาชน:	<input type="text"/>	***
ชื่อ:	<input type="text"/>	***
นามสกุล:	<input type="text"/>	***
เขตสารภณสุข:	—เลือกข้อมูล—	▼ ***
จังหวัด:	—เลือกข้อมูล—	▼ ***
ชื่อผู้ใช้งานระบบ:	<input type="text"/>	***
รหัสผ่าน:	<input type="text"/>	***
ยืนยันรหัสผ่าน:	<input type="text"/>	***
กำหนดสิทธิ:	<input type="radio"/> ระดับ Admin เขต <input checked="" type="radio"/> ระดับ User	
สถานะ:	<input checked="" type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ยกเลิก	
	<input type="button" value="บันทึก"/>	<input type="button" value="เคลียร์"/>

รูปที่ 4.2 หน้าจอ “เพิ่มผู้ใช้งานในระบบ”


ปรับปรุงสิทธิการใช้

ถ้าท่านต้องการปรับเปลี่ยนสิทธิการใช้งานระบบ สามารถทำได้โดยนำเมาส์ไปคลิกที่ หัวข้อ "สิทธิ" ระบบจะแสดงหน้าจอ ดังรูป

ยินดีต้อนรับ (Admin) | เพิ่มผู้ใช้งาน | สิทธิ | ค้นหาผู้ใช้งาน

[แก้ไขสิทธิการใช้งาน]

ค้นหาผู้ใช้งาน:	[แก้ไขข้อมูล]
User name: <input type="text"/>	เลขบัตรประชาชน: <input type="text"/>
Password: <input type="password"/>	ชื่อ: <input type="text"/>
<input type="button" value="ค้นหา"/>	นามสกุล: <input type="text"/>
	เพศ/สถานะ: <input type="text"/>
	จังหวัด: <input type="text"/>
	ชื่อผู้ใช้งานระบบ: <input type="text"/>
	รหัสผ่าน: <input type="text"/>
	ยืนยันรหัสผ่าน: <input type="text"/>
	กำหนดสิทธิ: <input type="radio"/> ระดับ Admin เกต <input checked="" type="radio"/> ระดับ User
	สถานะ: <input checked="" type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ยกเลิก
	<input type="button" value="บันทึก"/> <input type="button" value="ยกเลิก"/>



รูปที่ 4.3 หน้าจอ “ปรับปรุงสิทธิการใช้งาน”

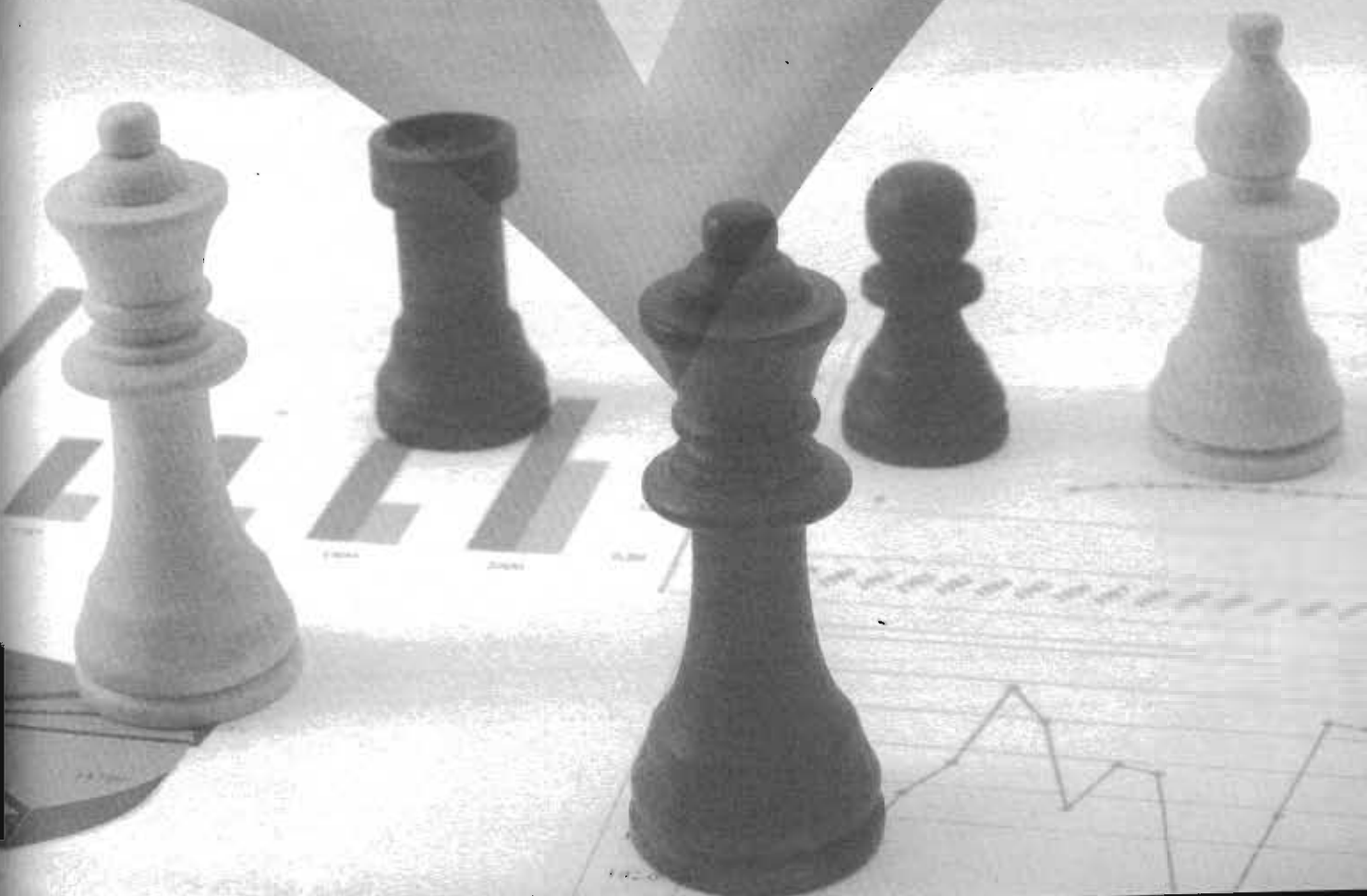


חכמה



ภาคผนวกที่ ๑

แบบตรวจประเมินพร้อมคำอธิบายแบบตรวจประเมิน



แบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)

จังหวัด.....

เลขที่ปฏิบัติการ..... ชื่อชุดปฏิบัติการ..... รหัสชุดปฏิบัติการ..... จังหวัด.....

ID ผู้บาดเจ็บ..... HN..... เพศ ชาย : หญิง อายุ..... ปี

ศูนย์สั่งการ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
3. การระบุอาการนำ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งให้ออกปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> BLS/ILS	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
5. สั่งการได้เหมาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น	
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)			
6. Dispatch time	.....นาที	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 นาที	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
		<input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 1 นาที	
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุ	.....นาที	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
		<input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที	
8. มีการประเมิน Glasgow coma score บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บันทึก	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
9. มีการประเมิน Pupil reaction บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บันทึก	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
10. มีการประเมิน vital signs บันทึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บันทึก	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
11. มีการประเมินและบันทึกสภาพผู้ป่วยแรกพบใน ER	<input type="checkbox"/> บันทึก	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
12. การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และขนานาส่ง	<input type="checkbox"/> บันทึก	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
13. การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสภาพอาการผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
รพ. ที่รับการนำส่ง			
14. มีการประเมินการนำส่งของ ALS	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
การจ่ายค่าบริการ			
15. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
16. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนบริการเทียบกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น	
ประเมินภาพรวม			
17. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="checkbox"/> สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง	
18. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	
19. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล			
19.1 แบบบันทึกศูนย์สั่งการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....	
19.2 แบบบันทึกหน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....	
20. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> admit	<input type="checkbox"/> ไม่ admit	
	<input type="checkbox"/> refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง		
ลงชื่อ	ผู้ตรวจประเมิน Auditor code		



แบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นและระดับกลาง (BLS/ILS)

จังหวัด.....

เลขที่ปฏิบัติการ..... ชื่อชุดปฏิบัติการ..... รหัสชุดปฏิบัติการ..... จังหวัด.....

ID ผู้บาดเจ็บ..... HN..... เพศ ชาย : หญิง อายุ..... ปี

ศูนย์สั่งการ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
3. การระบุอาการนำ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งให้ออกปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> BLS/ILS <input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
5. สั่งการได้เหมาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น	
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นและระดับกลาง (BLS/ILS)			
6. Dispatch time	..... นาที	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
		<input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที	
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุ	..... นาที	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
		<input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที	
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
9. การปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่ง	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
รพ. ที่รับการนำส่ง			
10. มีการประเมินการนำส่งของ BLS /ILS	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
การจ่ายค่าบริการ			
11. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนบริการเทียบกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น	
ประเมินภาพรวม			
13. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="checkbox"/> สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง	
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	
15. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล			
15.1 แบบบันทึกศูนย์สั่งการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....	
15.2 แบบบันทึกหน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....	
16. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> admit	<input type="checkbox"/> ไม่ admit	
	<input type="checkbox"/> refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง		
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน Auditor code			



แบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)

จังหวัด.....

เลขที่ปฏิบัติการ..... ชื่อชุดปฏิบัติการ..... รหัสชุดปฏิบัติการ..... จังหวัด.....

ID ผู้บาดเจ็บ HN เพศ ชาย : หญิง อายุ ปี

ศูนย์สั่งการ				
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
3. การระบุอาการนำ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่ส่งให้ออกปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> BLS/ILS	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก
5. สั่งการได้เหมาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น		
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)				
6. Dispatch time	..... นาที <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 นาที <input type="checkbox"/> ไม่บันทึก <input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 1 นาที		
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุ	..... นาที <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 10 นาที <input type="checkbox"/> ไม่บันทึก <input type="checkbox"/> สูงกว่าเกณฑ์ > 10 นาที		
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
9. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้สอดคล้องกับสภาพอาการผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
รถที่รับการนำส่ง				
10. มีการประเมินการนำส่งของ FR	<input type="checkbox"/> มี สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> มี ไม่สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
การจ่ายค่าบริการ				
11. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ไม่บันทึก	
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนการบริการเทียบกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น		
ประเมินภาพรวม				
13. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	<input type="checkbox"/> สอดคล้อง	<input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง		
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น		
15. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล				
15.1 แบบบันทึกศูนย์สั่งการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....		
15.2 แบบบันทึกหน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ระบุ.....		
16. ผู้ป่วย admit ในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> admit	<input type="checkbox"/> ไม่ admit		
	<input type="checkbox"/> refer จาก ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง			
ลงชื่อ ผู้ตรวจประเมิน Auditor code				



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
ศูนย์สั่งการ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	เพื่อประเมินการซักถามตำแหน่งจุดเกิดเหตุเพื่อตัดสินใจสั่งการชุดปฏิบัติการที่ใกล้ที่สุด	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาใน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	ชัดเจน หมายถึง มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ และหรือสถานที่ใกล้เคียงกับสถานที่เกิดเหตุที่สามารถเข้าใจและเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุได้โดยเร็ว เช่น บอกบ้านเลขที่ ซอย ถนน หมู่บ้าน
			ไม่ชัดเจน หมายถึง ไม่มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ หรือสถานที่ใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุ
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่พบข้อมูลสถานที่เกิดเหตุในแบบบันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	เพื่อประเมินการคัดแยกคัดกรองผู้ป่วย	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาใน ส่วนที่ 3 ประเภทของเหตุการณ์	ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์
			ไม่ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ หรือ มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ ไม่มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)			
6. Dispatch time	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อพิจารณาใน ส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Dispatch time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกเท่ากับหรือต่ำกว่า 1 นาที สูงกว่าเกณฑ์ > 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกสูงกว่า 1 นาที ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Dispatch time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการ ทั้ง 2 ข้อพิจารณาใน ส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Response time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ ต่ำกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกต่ำกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร สูงกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกสูงกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Response time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
8. มีการประเมิน Glasgow coma score เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภัยอันตรายรุนแรงถึงแก่ชีวิต และเพื่อใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนติดตามการรักษา	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS ในส่วน 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านการประเมินระดับความรู้สึก 2. มาตรฐานการประเมิน GCS ตามระดับความรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนติดตามการรักษา	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกการประเมินในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือมีพยาธิสภาพทางศีรษะ หรือมีอาการหรืออาการแสดงของโรค หรือกลุ่มอาการโรคที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีบันทึกการประเมินในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินในกรณีดังกล่าวข้างต้น
9. มีการประเมิน Pupil reaction	เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภัยอันตรายรุนแรงถึงแก่ชีวิต และเพื่อใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนติดตามการรักษา	แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS ในส่วน 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านการประเมิน Pupils	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีพยาธิสภาพทางสมอง หรือได้รับสารพิษ หรือสารเสพติดต้องมีการประเมิน Pupil reaction ทุกราย และบันทึกการตรวจครบถ้วนทั้งขนาด ความไวต่อแสง และประเมินทั้ง 2 ข้าง ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีบันทึกการประเมินในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินในกรณีดังกล่าวข้างต้น

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
10. มีการประเมิน vital sign เป็นระยะเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภัยอันตรายรุนแรงถึงแก่ชีวิต และเพื่อใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนติดตามการรักษา	แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS ในส่วน 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านการประเมินสัญญาณชีพ	บันทึก หมายถึง ต้องมีการบันทึก vs. แกรับครบถ้วนทั้ง T P R และ BP หมายเหตุ การวัด T ทำเฉพาะในรายที่มี หรือสงสัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึก VS แกรับ
11. มีการประเมินและบันทึกสภาพผู้ป่วยเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแรกรับใน ER	เพื่อประเมินคุณภาพการประเมินและการคัดแยกผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS พิจารณาข้อมูลในส่วน Trauma / non trauma 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card พิจารณาในส่วนข้อมูลการวินิจฉัยที่ ER 3. กรณีผู้ป่วย Trauma ให้พิจารณา Trauma registry (ถ้ามี)	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกประเมินและบันทึกสภาพอาการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุสอดคล้องกับการวินิจฉัยที่ ER ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยในแบบบันทึก

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
12. การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และขณะนำส่ง	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาขณะนำส่งของชุดปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS ในส่วนที่ 3 ผู้เจ็บป่วยช่อง Treatment 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card ในส่วนการรักษา และการตรวจติดตาม	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกการให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การตามกระดูก และการให้สารน้ำทางหลอดเลือด ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการดูแลรักษา
13. การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสภาพอาการผู้ป่วย	เพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของชุดปฏิบัติการ	แบบบันทึกการปฏิบัติงาน ALS ในส่วนที่ 3 การประเมินระดับความรุนแรงของชุดปฏิบัติการเทียบกับ ในส่วนที่ 5 ข้อมูลการประเมินการนำส่งโดยแพทย์พยาบาล ประจำที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ	มี สอดคล้อง หมายถึง หน่วย ALS มีการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินได้สอดคล้อง กับผลการประเมินระดับความรุนแรงโดยแพทย์พยาบาล ประจำที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง หน่วย ALS มีการประเมินระดับความรุนแรง แต่ข้อมูลการประเมินไม่สอดคล้องกับผลการประเมินระดับความรุนแรงของ ER ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการประเมินระดับความรุนแรงของชุดปฏิบัติการ

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
โรงพยาบาลที่รับการนำส่ง			
14. มีการประเมินการนำส่งของชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	แบบบันทึกการปฏิบัติงานในส่วนที่ 5 การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)	มี สอดคล้อง หมายถึง หน่วย ALS มีการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินได้สอดคล้อง กับผลการประเมินระดับความรุนแรงโดยแพทย์ พยาบาล ประจำที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง หน่วย ALS มีการประเมินระดับความรุนแรง แต่ข้อมูลการประเมินไม่สอดคล้องกับผลการประเมินระดับความรุนแรงของ ER ไม่มี หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ ใดๆอย่างหนึ่ง
การจ่ายค่าบริการ			
15. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	เพื่อประเมินความถูกต้องของการจ่ายค่าตอบแทนการบริการ	1. ข้อมูลรายงานการจ่ายค่าตอบแทนการบริการเป็นรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. แนวทางการจ่ายเงินสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 3. ฐานข้อมูลในส่วนของ การจ่ายค่าตอบแทนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน ไม่ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายไม่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกจำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่าตอบแทน



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
16. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนเทียบกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	เพื่อประเมินความสอดคล้องของการจ่ายค่าตอบแทนกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	ฐานข้อมูลในส่วนของ การจ่ายค่าตอบแทนของสถานบริการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พิจารณาร่วมกับการวินิจฉัยอาการที่โรงพยาบาลรับการนำส่ง	เหมาะสม หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย
			ไม่เหมาะสมมากกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่สูงกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
			ไม่เหมาะสมน้อยกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
ประเมินภาพรวม			
17. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	1. เพื่อประเมินอัตราความคาดเคลื่อนของการรับข้อมูลของศูนย์สั่งการ 2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา Guideline ของการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ, ชุดปฏิบัติการ	1. ข้อมูลบันทึกอาการสำคัญผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ 2. ข้อมูลบันทึกอาการ การประเมินสภาพผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ 3. ข้อมูลการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของ ER จาก OPD card	สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER
			ไม่สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER
18. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เพื่อประเมินความเหมาะสมของการตัดสินใจของศูนย์สั่งการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการ EMS	จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน
			ไม่จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ALS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
19. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ และชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ ชุดปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการ	ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกรายการ และทุกข้อ ดังนี้ 1. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเวลา, ประเภทของเหตุการณ์, อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง, การสั่งการ, การปฏิบัติการ, ชื่อผู้ป่วย 2. ชุดปฏิบัติการ 2.1 FR และ BLS ประกอบด้วย ข้อมูลชุดปฏิบัติการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ชื่อผู้ประเมิน 2.2 ALS ประกอบด้วย ข้อมูลหน่วยบริการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ผลการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนทุก รายการทุกข้อ ที่กำหนดข้างต้นและโปรดยุทธรายการ/ข้อที่ไม่มีการบันทึก
20. ผู้ป่วย admit หรือ นำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	1. เพื่อหาอัตราการ admit และอัตราการนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 2. เพื่อดูคุณภาพการสั่งการของศูนย์สั่งการและการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการ	เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	พิจารณาจากข้อมูลการบันทึกการวินิจฉัย และรักษาของแพทย์ที่ ER ใน OPD card



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
ศูนย์สั่งการ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	เพื่อประเมินการซักถามตำแหน่งจุดเกิดเหตุเพื่อตัดสินใจสั่งการชุดปฏิบัติการที่ใกล้ที่สุด	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	ชัดเจน หมายถึง มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ และหรือสถานที่ใกล้เคียงกับสถานที่เกิดเหตุที่สามารถเข้าใจและเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุได้โดยเร็ว เช่น บอกร้านเลขที่ ซอย ถนน หมู่บ้าน
			ไม่ชัดเจน หมายถึง ไม่มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ หรือสถานที่ใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุ
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่พบข้อมูลสถานที่เกิดเหตุในแบบบันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	เพื่อประเมินการคัดแยกคัดกรองผู้ป่วย	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 3 ประเภทของเหตุการณ์	ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์
			ไม่ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ หรือมีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ ไม่มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
3. การระบุอาการนำ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	เพื่อประเมินการซักถามอาการนำ อาการสำคัญในการตัดสินใจสั่งการชุดปฏิบัติการตามระดับความรุนแรง	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 3 ประเภทของเหตุการณ์ ในส่วนอาการ/เหตุการณ์/รายละเอียด และส่วนที่ 4 อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง	ได้ หมายถึง มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งและสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการได้
			ไม่ได้ หมายถึง มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง แต่ไม่สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการได้
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่สั่งให้ออกปฏิบัติการ		แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 5 การสั่งการ	บันทึกประเภทของชุดปฏิบัติการที่ศูนย์สั่งการให้ออกปฏิบัติการ ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการสั่งการให้ชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการ
5. สั่งการได้เหมาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินศูนย์สั่งการว่าสั่งการได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ และศักยภาพของชุดปฏิบัติการหรือไม่	1. มาตรฐานชุดปฏิบัติการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2. การวินิจฉัยที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	เหมาะสม หมายถึง ศูนย์สั่งการสามารถสั่งการชุดปฏิบัติการได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ และเหมาะสมตามศักยภาพของชุดปฏิบัติการ
			ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น หมายถึง ศูนย์สั่งการสั่งการไม่เหมาะสมสูงกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
			ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น หมายถึง ศูนย์สั่งการสั่งการไม่เหมาะสมต่ำกว่าระดับความรุนแรงของอาการ

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นและระดับกลาง (BLS/ILS)			
6. Dispatch time	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการส่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อพิจารณาในส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Dispatch time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกเท่ากับหรือต่ำกว่า 1 นาที สูงกว่าเกณฑ์ > 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกสูงกว่า 1 นาที ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Dispatch time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการส่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อพิจารณาในส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Response time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ ต่ำกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกต่ำกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร สูงกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกสูงกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Response time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	เพื่อประเมินคุณภาพการประเมินและการคัดแยกผู้ป่วยของ BLS / ILS	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน BLS ในส่วนที่ 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านสภาพผู้ป่วย 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card ในส่วน Physical exam	มี สอดคล้อง หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยสอดคล้องกับอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ต้องประเมินบาดแผล/กระดูกหัก มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ไม่มีการประเมินบาดแผล/กระดูกหัก ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย
9. การปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่ง	เพื่อประเมินคุณภาพการปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่งของหน่วยปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน BLSพิจารณาในส่วน 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านการช่วยเหลือ 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card ในส่วนการรักษาและการติดตาม	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกการปฐมพยาบาลตามมาตรฐานการปฐมพยาบาลในด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด และการตามกระดูก ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีบันทึกการปฐมพยาบาล



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
โรงพยาบาลที่รับการนำส่ง			
10. มีการประเมินการนำส่งของชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	แบบบันทึกการปฏิบัติงานในส่วนที่ 5 การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)	<p>มี สอดคล้อง หมายถึง หน่วย BLS/ILS มีการประเมินระดับความรุนแรงและประเมินได้สอดคล้องกับผลการประเมินระดับความรุนแรงโดยแพทย์ พยาบาล ประจำที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ</p> <p>มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง หน่วย BLS/ILS มีการประเมินระดับความรุนแรง แต่ข้อมูลการประเมินไม่สอดคล้องกับผลการประเมินระดับความรุนแรงของ ER</p> <p>ไม่มี หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ ใดๆอย่างหนึ่ง</p>
การจ่ายค่าบริการ			
11. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	เพื่อประเมินความถูกต้องของการจ่ายค่าตอบแทนการบริการ	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลรายงานการจ่ายค่าตอบแทนการบริการเป็นรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แนวทางการจ่ายเงินสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ฐานข้อมูลในส่วนของการจ่ายค่าตอบแทนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 	<p>ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน</p> <p>ไม่ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายไม่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน</p> <p>ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกจำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่าตอบแทน</p>

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนเทียบกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	เพื่อประเมินความสอดคล้องของการจ่ายค่าตอบแทนกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	ฐานข้อมูลในส่วนของการจ่ายค่าตอบแทนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พิจารณาร่วมกับการวินิจฉัยอาการที่โรงพยาบาลรับการนำส่ง	เหมาะสม หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย
			ไม่เหมาะสมมากกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่สูงกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
			ไม่เหมาะสมน้อยกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
ประเมินภาพรวม			
13. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	1. เพื่อประเมินอัตราความคาดเคลื่อนของการรับข้อมูลของศูนย์สั่งการ 2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา Guideline ของการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ, ชุดปฏิบัติการ	1. ข้อมูลบันทึกอาการสำคัญผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ 2. ข้อมูลบันทึกอาการ การประเมินสภาพผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ 3. ข้อมูลการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของ ER จาก OPD card	สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER
			ไม่สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการ
			ไม่สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เพื่อประเมินความเหมาะสมของการตัดสินใจของศูนย์สั่งการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการ EMS	จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน
15. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ และชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ ชุดปฏิบัติการ	1.แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2.แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการ	ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกรายการ และทุกข้อ ดังนี้ 1. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเวลา, ประเภทของเหตุการณ์, อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง, การสั่งการ, การปฏิบัติการ, ชื่อผู้ป่วย 2. ชุดปฏิบัติการ 2.1 FR และ BLS ประกอบด้วย ข้อมูลชุดปฏิบัติการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ชื่อผู้ประเมิน 2.2 ALS ประกอบด้วย ข้อมูลหน่วยบริการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ผลการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนทุก รายการทุกข้อที่กำหนดข้างต้นและโปรดระบุรายการ/ข้อที่ไม่มีการบันทึก

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS/ILS (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
16. ผู้ป่วย admit หรือ นำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	1. เพื่อหาอัตราการ admit และอัตราการนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 2. เพื่อดูคุณภาพการส่งการของศูนย์ส่งการและการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการ	ทะเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	พิจารณาจากข้อมูลการบันทึกการวินิจฉัย และรักษาของแพทย์ที่ ER ใน OPD card

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
ศูนย์สั่งการ			
1. ระบุสถานที่เกิดเหตุ พร้อมชื่อเบอร์ติดต่อผู้แจ้งชัดเจน เข้าใจง่าย	เพื่อประเมินการซักถามตำแหน่งจุดเกิดเหตุเพื่อตัดสินใจสั่งการชุดปฏิบัติการที่ใกล้ที่สุด	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	ชัดเจน หมายถึง มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ และหรือสถานที่ใกล้เคียงกับสถานที่เกิดเหตุที่สามารถเข้าใจและเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุได้โดยเร็ว เช่น บอกบ้านเลขที่ ซอย ถนน หมู่บ้าน ไม่ชัดเจน หมายถึง ไม่มีการระบุสถานที่เกิดเหตุ หรือสถานที่ใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุ ไม่บันทึก หมายถึง ไม่พบข้อมูลสถานที่เกิดเหตุในแบบบันทึก
2. มีการระบุแยกประเภทเหตุการณ์ชัดเจน	เพื่อประเมินการคัดแยกคัดกรองผู้ป่วย	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 3 ประเภทของเหตุการณ์	ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์ ไม่ชัดเจน หมายถึง มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ หรือมีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกลักษณะการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ และ ไม่มีการบันทึกรายละเอียดอาการ/เหตุการณ์
3. การระบุอาการนำ/อาการสำคัญของเหตุสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้	เพื่อประเมินการซักถามอาการนำ อาการสำคัญในการตัดสินใจสั่งการชุดปฏิบัติการตามระดับความรุนแรง	แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 3 ประเภทของเหตุการณ์ ในส่วนอาการ/รายละเอียด และส่วนที่ 4 อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง	ได้ หมายถึง มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งและสามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการได้ ไม่ได้ หมายถึง มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง แต่ไม่สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการได้ ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกอาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
4. ประเภทชุดปฏิบัติการที่สั่งให้ออกปฏิบัติการ		แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาในส่วนที่ 5 การสั่งการ	บันทึกประเภทของชุดปฏิบัติการที่ศูนย์สั่งการให้ออกปฏิบัติการ ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการสั่งการให้ชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการ
5. สั่งการได้เหมาะสมกับศักยภาพของชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินศูนย์สั่งการว่าสั่งการได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ และศักยภาพของชุดปฏิบัติการหรือไม่	1. มาตรฐานชุดปฏิบัติการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2. การวินิจฉัยที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	เหมาะสม หมายถึง ศูนย์สั่งการสามารถสั่งการชุดปฏิบัติการได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ และเหมาะสมตามศักยภาพของชุดปฏิบัติการ ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น หมายถึง ศูนย์สั่งการสั่งการไม่เหมาะสมสูงกว่าระดับความรุนแรงของอาการ ไม่เหมาะสมต่ำกว่าความจำเป็น หมายถึง ศูนย์สั่งการสั่งการไม่เหมาะสมต่ำกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)			
6. Dispatch time	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อพิจารณาในส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Dispatch time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ ต่ำกว่าเกณฑ์ ≤ 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกเท่ากับหรือต่ำกว่า 1 นาที สูงกว่าเกณฑ์ > 1 นาที หมายถึง ค่า Dispatch time ที่บันทึกสูงกว่า 1 นาที ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Dispatch time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
7. Response time และระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	1. เพื่อประเมินความพร้อมของชุดปฏิบัติการ 2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่งการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อพิจารณาในส่วนที่ 2 ข้อมูลเวลา	บันทึก ค่า Response time ที่ระบุไว้ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ
			ต่ำกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกต่ำกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร
			สูงกว่าเกณฑ์ หมายถึง ค่า Response time ที่บันทึกสูงกว่า 10 นาที ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกค่า Response time ในแบบบันทึกชุดปฏิบัติการ
8. มีการประเมินสภาพผู้ป่วยครบถ้วนและสอดคล้องกับอาการสำคัญ	เพื่อประเมินคุณภาพการประเมินและการคัดแยกผู้ป่วยของ FR	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน FR ในส่วนที่ 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านสภาพผู้ป่วย 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card ในส่วน Physical exam	มี สอดคล้อง หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยสอดคล้องกับอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ต้องประเมินบาดแผล/กระดูกหัก
			มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ไม่มีการประเมินบาดแผล/กระดูกหัก
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย
9. การปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่ง	เพื่อประเมินคุณภาพการปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่งของชุดปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกการปฏิบัติงาน FRพิจารณาในส่วน 3 ผู้เจ็บป่วย ด้านการช่วยเหลือ 2. ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ ER จาก OPD card ในส่วนการรักษาและการติดตาม	บันทึก หมายถึง มีการบันทึกการปฐมพยาบาลตามมาตรฐานการปฐมพยาบาลในด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด และการตามกระดูก
			ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกการปฐมพยาบาล

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
โรงพยาบาลที่รับการนำส่ง			
10. มีการประเมินการนำส่งของชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	แบบบันทึกการปฏิบัติงานในส่วนที่ 5 การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)	<p>มี สอดคล้อง หมายถึง หน่วย FR มีการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินได้สอดคล้อง กับผลการประเมินระดับความรุนแรงโดยแพทย์ พยาบาล ประจำที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ</p> <p>มี ไม่สอดคล้อง หมายถึง หน่วย FR มีการประเมินระดับความรุนแรง แต่ข้อมูลการประเมินไม่สอดคล้องกับผลการประเมินระดับความรุนแรงของ ER</p> <p>ไม่มี หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรง และประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ อย่างไม่อย่างหนึ่ง</p>
การจ่ายค่าบริการ			
11. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	เพื่อประเมินความถูกต้องของการจ่ายค่าตอบแทนการบริการ	<p>1. ข้อมูลรายงานการจ่ายค่าตอบแทนการบริการเป็นรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. แนวทางการจ่ายเงินสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>3. ฐานข้อมูลในส่วนของจ่ายค่าตอบแทนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	<p>ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน</p> <p>ไม่ถูกต้อง หมายถึง ค่าตอบแทนที่จ่ายไม่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน</p> <p>ไม่บันทึก หมายถึง ไม่มีการบันทึกจำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่าตอบแทน</p>



คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
12. ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนเทียบกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	เพื่อประเมินความสอดคล้องของการจ่ายค่าตอบแทนกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	ฐานข้อมูลในส่วนของการจ่ายค่าตอบแทนของสถานบริการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พิจารณาร่วมกับการวินิจฉัยอาการที่โรงพยาบาล รับการนำส่ง	เหมาะสม หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ไม่เหมาะสมมากกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่สูงกว่าระดับความรุนแรงของอาการ ไม่เหมาะสมน้อยกว่าอาการ หมายถึง จ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำกว่าระดับความรุนแรงของอาการ
ประเมินภาพรวม			
13. สภาพผู้ป่วยก่อนรับบริการ EMS กับสภาพผู้ป่วยที่ประเมินจากแพทย์	1. เพื่อประเมินอัตราความคาดเคลื่อนของการรับข้อมูลของศูนย์สั่งการ 2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา Guideline ของการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ ,ชุดปฏิบัติการ	1. ข้อมูลบันทึกอาการสำคัญผู้ป่วยของศูนย์สั่งการ 2. ข้อมูลบันทึกอาการ การประเมินสภาพผู้ป่วยของชุดปฏิบัติการ 3. ข้อมูลการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยของ ER จาก OPD card	สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER ไม่สอดคล้อง หมายถึง สภาพ อาการผู้ป่วยจากบันทึกของศูนย์สั่งการ ไม่สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาพ อาการของชุดปฏิบัติการ และ ER
14. ความจำเป็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เพื่อประเมินความเหมาะสมของการตัดสินใจของศูนย์สั่งการ	หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการ EMS	จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่จำเป็น หมายถึง บริการนั้นๆ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับบริการแพทย์ฉุกเฉิน

คำอธิบายแบบตรวจประเมินการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน FR (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูลพิจารณา	แนวทางการประเมิน
15. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ และชุดปฏิบัติการ	เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการ ชุดปฏิบัติการ	1. แบบบันทึกศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2. แบบบันทึกการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการ	ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกรายการ และทุกข้อ ดังนี้ 1. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเวลา, ประเภทของเหตุการณ์, อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง, การสั่งการ, การปฏิบัติการ, ชื่อผู้ป่วย 2. ชุดปฏิบัติการ 2.1 FR และ BLS ประกอบด้วย ข้อมูลชุดปฏิบัติการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ชื่อผู้ประเมิน 2.2 ALS ประกอบด้วย ข้อมูลหน่วยบริการ, ข้อมูลเวลา, ผู้เจ็บป่วย, เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล, การประเมินการนำส่ง, ผลการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ครบถ้วน หมายถึง มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนทุก รายการทุกข้อที่กำหนดข้างต้นและโปรต๊อกรายการ/ข้อที่ไม่มีการบันทึก
16. ผู้ป่วย admit หรือ นำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	1. เพื่อหาอัตราการ admit และอัตราการนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 2. เพื่อดูคุณภาพการสั่งการของศูนย์สั่งการและการตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการ	เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่รับการนำส่ง	พิจารณาจากข้อมูลการบันทึกการวินิจฉัย และรักษาของแพทย์ที่ ER ใน OPD card





ภาคผนวกที่ ๒

แบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน

ALS, ILS, BLS, FR

แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด

๑. ข้อมูลทั่วไป วันที่ เลขที่ปฏิบัติการ

รับแจ้งเหตุทาง โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙^(๑)
 โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ ในกรณีที่มีผู้แจ้งได้โทรศัพท์หรือแจ้งโดยวิธีอื่นๆผ่านไปยังบุคคล/หน่วยงานอื่น แล้วบุคคล/หน่วยงานอื่นไม่ได้โทรศัพท์แจ้งตามบัญชีหมายเลข ๑๖๖๙^(๒)
 โทรศัพท์หมายเลขอื่นๆ^(๓) วิทยุสื่อสาร วิธีอื่น ๆ

ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ โทรศัพท์ผู้แจ้ง/ความถี่วิทยุ

สถานที่เกิดเหตุ

๒. อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง

<input type="checkbox"/> ๑. ปวดท้อง หลัง เจ็บกราม และขาหนีบ	<input type="checkbox"/> ๒. แขนขาพื้แล็กซีส ปฏิกิริยาภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ๓. สัตว์กัด	<input type="checkbox"/> ๔. เลือดออกมีไขขาวตามขมับ
<input type="checkbox"/> ๕. หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ๖. หัวใจหยุดเต้น	<input type="checkbox"/> ๗. เจ็บแน่นทรวงอก หัวใจ	<input type="checkbox"/> ๘. สำลักอุดทางเดินหายใจ
<input type="checkbox"/> ๙. เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ๑๐. อันตรายจากสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ๑๑. อีชัว(เส้นร้าง) ^(๔)	<input type="checkbox"/> ๑๒. ปวดศีรษะ ลำคอ
<input type="checkbox"/> ๑๓. คลุ้มคลั่ง จิตประสาท อารมณ์	<input type="checkbox"/> ๑๔. ยานเกินขนาด ได้รับพิษ	<input type="checkbox"/> ๑๕. มีกรรมโรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ๑๖. ชัก
<input type="checkbox"/> ๑๗. บ่อย อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ๑๘. ยัมพรพิษหรือของตบแต่ง	<input type="checkbox"/> ๑๙. หมดสติ ไม่กลับสมอง หมดสติชั่วคราว	
<input type="checkbox"/> ๒๐. เต้า ทารก (กุมารเวชกรรม)	<input type="checkbox"/> ๒๑. ถูกทำร้าย บาดเจ็บ	<input type="checkbox"/> ๒๒. ไฟไหม้ ลวก ความร้อน กระแสไฟฟ้า สารเคมี	
<input type="checkbox"/> ๒๓. จมูก หน้าคว่ำงมน้ำ บาดเจ็บเหตุดำน้ำ บาดเจ็บทางน้ำ	<input type="checkbox"/> ๒๔. พลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ เจ็บปวด	<input type="checkbox"/> ๒๕. อุบัติเหตุยานยนต์	

๓. อาการ/เหตุการณ์/รายละเอียดอื่นๆ.....

๔. การให้รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code)^(๕) แดง เหลือง เขียว ขาว รหัส

๕. การสั่งการ(โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)

ชนิดยานพาหนะ^(๖) รถ อากาศยาน เรือ ป.๑ เรือ ป.๒ เรือ ป.๓ เรือประเภทอื่นๆ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ ชื่อชุดปฏิบัติการ ประเภทชุดปฏิบัติการ FR BLS ILS ALS

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงร.ท.ที่นำส่ง	ถึงฐาน
เวลา(น.)	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.	..... น.
เลข กม.							
ระยะทาง(กม.)							

ทีมปฏิบัติการ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ๑ เจ้าหน้าที่ ๒ เจ้าหน้าที่ ๓

๖. การให้รหัสความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ RC (Response Code)^(๖) แดง เหลือง เขียว ขาว รหัส

๗. การปฏิบัติการ

มีการรักษา	ไม่มีการรักษา
<input type="checkbox"/> รักษาไม่นำส่ง <input type="checkbox"/> รักษา นำส่ง	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา / ไม่ประสงค์ไป ร.ท.
<input type="checkbox"/> รักษาและเสียชีวิตจุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตก่อนไปถึง

๘. ชื่อผู้ป่วย

ผู้ป่วย ๑ ชื่อ-สกุล อายุ ปี HN เลขประจำตัวประชาชน

นำส่งที่จังหวัด นำส่งที่ ร.ท.

ผู้ป่วย ๒ ชื่อ-สกุล อายุ ปี HN เลขประจำตัวประชาชน

นำส่งที่จังหวัด นำส่งที่ ร.ท.

เกณฑ์การนำส่ง(เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) | สามารถรักษาได้ | อยู่ใกล้ | มีหลักประกัน | ผู้ป่วยเก่า | เป็นความประสงค์
 การติดต่อสื่อสารกับ ร.ท.ที่นำส่ง แจ้งทางวิทยุสื่อสาร แจ้งทางโทรศัพท์ ไม่ได้แจ้ง

๙. เพิ่มเติม เฉพาะ อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง เป็นรหัส ๒๕ อุบัติเหตุยานยนต์ รายละเอียดการกรอกข้อมูลโปรดดูในโปรแกรม
 ทะเบียนรถหมวด..... เลขทะเบียน..... จังหวัด..... ของผู้ประสบเหตุ ของคู่กรณี

ลงนาม เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ลงนาม ผู้รับรอง(แพทย์หรือพยาบาล)

(๑) โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ หมายถึง การรับแจ้งจากผู้แจ้งเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการแพทย์โดยตรงผ่านทางหมายเลข ๑๖๖๙ (First call)
 (๒) โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ ในกรณีที่ผู้แจ้งได้โทรศัพท์หรือแจ้งโดยวิธีอื่นๆผ่านไปยังบุคคล/หน่วยงานอื่น แล้วบุคคล/หน่วยงานอื่นนั้นได้แจ้งต่อมายังหมายเลข ๑๖๖๙ (Second call)
 (๓) โทรศัพท์หมายเลขอื่นๆ หมายถึง การได้รับแจ้งทางโทรศัพท์หมายเลขอื่นๆ นอกเหนือจากหมายเลข ๑๖๖๙
 (๔) อาการนำสำคัญรหัส ๑๑ เจตนาให้รับวาง
 (๕) รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code) หมายถึง รหัสที่ได้จากการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากผู้แจ้ง
 (๖) รหัสความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ RC (Response Code) หมายถึง รหัสที่ได้จากการยืนยันอาการของผู้ป่วยจากชุดปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ
 (๗) เรือ ป.๑ ป.๒ และ ป.๓ หมายถึง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นประเภท หนึ่ง สอง และสาม ตามประเภทชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ



สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ ปฏิบัติการที่

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. รหัส 2. รหัส

3. รหัส 4. รหัส

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

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย ชาย เพศ ชาย หญิง

สิทธิการรักษา ไม่มีหลักประกัน บัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม แรงงานต่างด้าว

ประกันอื่น ๆ ชาวต่างชาติไม่มีประกัน ผู้ประสบภัยจากกร เจ็บตาประชาชน

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	
	กระดูกหัก	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Closed, Fx.	<input type="checkbox"/> Opened, Fx.	<input type="checkbox"/> Dislocate				
	การเลือดออก	<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"/> Chest/Clavicle	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> External body surface	<input type="checkbox"/> Multiple injury	
Non trauma	อาการทาง	<input type="checkbox"/> Dyspnea	<input type="checkbox"/> High Fever	<input type="checkbox"/> Unconscious /Stupor	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Chest Pain	<input type="checkbox"/> Poisoning	<input type="checkbox"/> Digestive	<input type="checkbox"/> Others
	สูติ-นรีเวช	<input type="checkbox"/> Labour pain	<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"/> Dyspnoea	<input type="checkbox"/> Digestive	<input type="checkbox"/> Other (ระบุ).....			
	ศัลยกรรม	<input type="checkbox"/> Ac. abdominal pain	<input type="checkbox"/> UGI Bleeding	<input type="checkbox"/> Other (ระบุ).....					
Treatment	ทางเดินหายใจ/ การหายใจ	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Clear airway	<input type="checkbox"/> Oral airway	<input type="checkbox"/> O ₂ canula/mask	<input type="checkbox"/> Ambu bag	<input type="checkbox"/> ET	<input type="checkbox"/> Pocket Mask	<input type="checkbox"/> Suction
	บาดแผล/ห่อแผล	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pressure Dressing	<input type="checkbox"/> Dressing					
	การให้สารน้ำ	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 5% D/W	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> Acetar	<input type="checkbox"/> 5% DN/2	<input type="checkbox"/> RLS	<input type="checkbox"/> Others.....	
	การห่อกระดูก	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> เสื้อคลุม/ไม้คาน	<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 / DF						

ยา (ยาชื่อ และขนาด ให้ระบุ).....

ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ไม่มีการรักษา หูต ดึงดึง หูดหนัก เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิต ขณะนำส่ง

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและผ่านการเห็นชอบของทุกคน)

นำส่งโรงพยาบาลในโรงพยาบาล รพ.รัฐ รพ.เอกชน

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

ผู้ส่งโรงพยาบาล รหัส

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN..... การวินิจฉัยโรค..... ระดับความรุนแรง Non urgent Urgent Emergent

ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ดีเท่า	<input type="checkbox"/> ผ่านเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ผ่านไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห่อเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ดีเท่า	<input type="checkbox"/> ผ่านเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ผ่านไม่เหมาะสม ระบุ.....
การให้สารน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ดีเท่า	<input type="checkbox"/> ผ่านเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ผ่านไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห่อกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ดีเท่า	<input type="checkbox"/> ผ่านเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ผ่านไม่เหมาะสม ระบุ.....

ชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล อื่น ๆ

6. ผลการรักษาในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันเป็นเดือน)

Admitted Yes No

ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล วัน หูต รักษาต่อที่อื่น รักษาที่วันคืนนอน เสียชีวิตใน รพ. ปฏิเสธการรักษาหนักขึ้น กลับไปตายนอน ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกคืนมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป



สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

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

2. ข้อมูลเวลา

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

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย	อายุ	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิประกัน <input type="checkbox"/> บัตรทอง <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ประกันอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติไม่มีประกัน <input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ เลขบัตรประชาชน	
สภาพผู้ป่วย		
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ป่วยฉุกเฉิน		
ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ชิม <input type="checkbox"/> ทนตลปลุกตื่น <input type="checkbox"/> ทนตลปลุกไม่ตื่น <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"/> ไม่มีบาดแผล <input type="checkbox"/> แผลสด <input type="checkbox"/> ลึกซึ้ง / คัด <input type="checkbox"/> แผลฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลไหม้ <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> อวัยวะขาด		
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่มีกระดูกหัก <input type="checkbox"/> ข้อเคล็ด/ข้อหลุด <input type="checkbox"/> บาดเจ็บกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ศีรษะ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> แขน/ข้อศอก <input type="checkbox"/> ขา/ข้อเข่า <input type="checkbox"/> ขา/ข้อเท้า		
การช่วยเหลือ		
ทางเดินหายใจ / การหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ใส่ Oral airway <input type="checkbox"/> ให้ O ₂ canula/mask <input type="checkbox"/> Ambu bag <input type="checkbox"/> Pocket Mask		
บาดแผล/ห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ทำแผล		
การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เบ็ดกม/ไม้คาน <input type="checkbox"/> เบ็ดกมยกและกระดานทรงหลังยาว <input type="checkbox"/> เบ็ดกมหลังและคอ (KED)		
ช่วยฟื้นคืนชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED)		
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น <input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทรุดหนัก <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต ขณะนำส่ง		

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของคุณย)

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

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัยโรค.....	ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergent
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....		
การควบคุมกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแล้วเหมาะสม <input type="checkbox"/> ทำแล้วไม่เหมาะสม ระบุ.....		
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	

6. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> นอน <input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> รักษาเกินวันสิ้นเดือน <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับบ้าน <input type="checkbox"/> กลับไปหาแพทย์ <input type="checkbox"/> ตามตัวไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกมาเบิกเงินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป



สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

1. หน่วยปฏิบัติการ

เลขที่ผู้ป่วย

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

2. ข้อมูลเวลา

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที						
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	ระยะทางไป..... กม.				ระยะทางกลับ.....กม.		
					ระยะไป รพ.....กม.		

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย	อายุ	ปี	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ลักษณะการรบกวน	<input type="checkbox"/> ไม่มีลักษณะ	<input type="checkbox"/> บัตรทอง	<input type="checkbox"/> อายวการ
	<input type="checkbox"/> ประกันอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ชาวต่างชาติไม่ประกัน	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> หน่วยงานต่าง
		<input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ	เลขบัตรประชาชน
สภาพผู้ป่วย			
ประเภทผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> บัญชีฉุกเฉิน	
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> ชึม	<input type="checkbox"/> หดสติปลุกตื่น <input type="checkbox"/> หดสติปลุกไม่ตื่น <input type="checkbox"/> เอะอะโวยวาย
การหายใจ	<input type="checkbox"/> เสร็จ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ช้า <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่หายใจ
ขนาดแผล	<input type="checkbox"/> แผลสดลอก	<input type="checkbox"/> ฉีกขาด	<input type="checkbox"/> ขอบมีคม <input type="checkbox"/> ถูกแทง <input type="checkbox"/> ถูกยิง <input type="checkbox"/> ฟกช้ำ <input type="checkbox"/> แผลลอกมาก
กระดูกหัก	<input type="checkbox"/> แขนท่อนบน	<input type="checkbox"/> แขนท่อนล่าง	<input type="checkbox"/> ขาท่อนบน <input type="checkbox"/> ขาท่อนล่าง <input type="checkbox"/> โหนกไหปลาร้า <input type="checkbox"/> มือ <input type="checkbox"/> เท้า
การช่วยเหลือ			
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> จัดท่าผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ซ่อมหายใจ (เป่าตรง) <input type="checkbox"/> ซ่อมหายใจ (Pocket mask)
การห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> การกดห้ามเลือด	<input type="checkbox"/> ทำแผล
การตามกระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ไม่ตาม/เปิดลม	<input type="checkbox"/> เปิดตามต่อและกระดูกตรึงหลังยาว <input type="checkbox"/> เปิดหลังและคอ (KED)
ช่วยฟื้นคืนชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	<input type="checkbox"/> ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น	<input type="checkbox"/> ไม่ยอมให้รักษา	<input type="checkbox"/> ทุเลา	<input type="checkbox"/> คงเดิม/คงที่ <input type="checkbox"/> ทุเลาหนัก <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"/> มีสิทธิประกัน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยเก่า <input type="checkbox"/> เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ส่งรายงาน	รหัส.....	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่กู้ชีพ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> อาสาสมัคร

5. การประเมินการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน	ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergent
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. ผลการรักษา/ในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันสิ้นเดือน)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> นอน <input type="checkbox"/> ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ. ....วัน <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> รักษาต่อที่อื่น <input type="checkbox"/> รักษาจนวันสิ้นเดือน <input type="checkbox"/> เสียชีวิตใน รพ. <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาหนัก <input type="checkbox"/> กลับไปหาแพทย์ <input type="checkbox"/> ตามตัวไม่ทราบผล

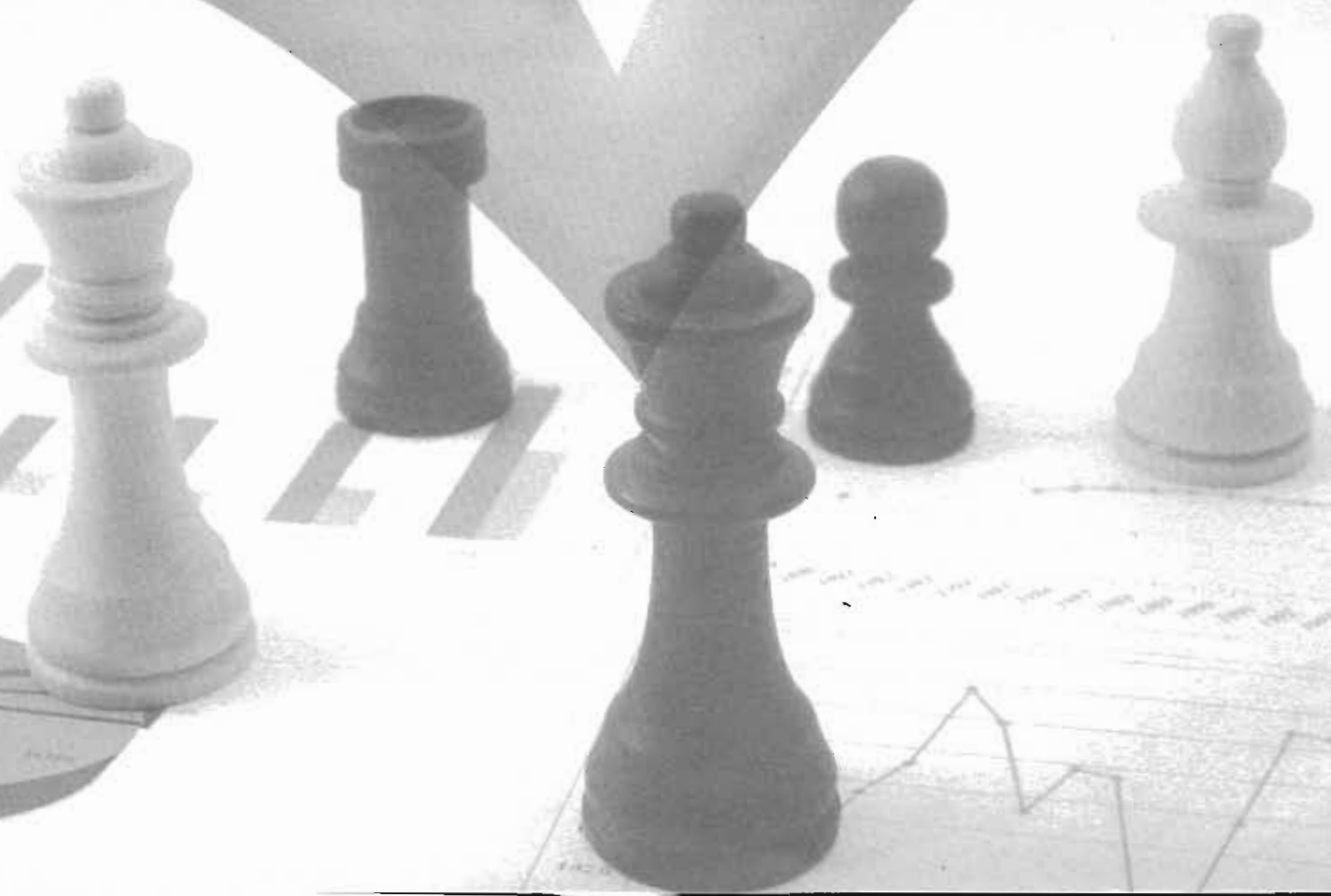
ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป





ภาคผนวกที่ ๓

คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบการสั่งการ
เพื่อปฏิบัติภารกิจฉุกเฉิน





คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ที่ ๖๗/๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน

พ.ศ. ๒๕๕๑ เลขที่การสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ดังนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| (๑) นายประจักษ์วิช เล็บนาค | ประธานคณะกรรมการ |
| (๒) นายขจรศักดิ์ แก้วจรัส | คณะกรรมการ |
| (๓) นางสุขจิต มโนการ | คณะกรรมการ |
| (๔) นางสาววิระวรรณ รัตนพิบูลย์ | คณะกรรมการ |
| (๕) นางสาวอรรณณ ฤทธิอินทรางกูร | คณะกรรมการ |
| (๖) นางรุ่งราวรรณ พันธจักร | คณะกรรมการ |
| (๗) นางนงนุช พิเคราะห์งาน | คณะกรรมการ |
| (๘) นายรัฐพงษ์ บุรีวงษ์ | คณะกรรมการ |
| (๙) นางอรณภา วีรนุชย์ | คณะกรรมการ |
| (๑๐) นางสาวณธิดา สุเมธโชติเมธา | คณะกรรมการ |
| (๑๑) นายบุญฤทธิ์ เพ็ชรรัักษ์ | คณะกรรมการ |
| (๑๒) นางจันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ | คณะกรรมการ |
| (๑๓) นางจิรวดี เทพเกษตรกุล | คณะกรรมการ |
| (๑๔) นางบุปผา พันธุ์เพ็ง | คณะกรรมการ |
| (๑๕) นายศิริชัย นิ่มมา | คณะกรรมการ |



WWW.EMIT.GO.TH

1669



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2965 9782-4 โทรสาร 0 2965 9780-1 เว็บไซต์ : www.emit.go.th

