**แบบบันทึกทางการพยาบาล รพ.สต................................อำเภอ......................... จังหวัดนครศรีธรรมราช** 

ชื่อ-สกุล.........................................................................................อายุ....................... วัน/เดือน/ปี ที่มา รพ.สต. ..................................เวลา....................

V/S แรกรับ BP........................mmHg PR.................ครั้ง/นาที RR .................ครั้ง/นาที BT...............C O2sat ..............% DTX…….……mg%

E.................V...................M..................... Pupil Rt..............min ⬜ RTL ⬜ SRTL ⬜ FIXED

Pupil Lt..............min ⬜ RTL ⬜ SRTL ⬜ FIXED

**\* \* \* \* \* กรณี Trauma / Fast track**  วัน/เดือน/ปี ที่เกิดเหตุ................................................................................เวลา...................................................................

อาการสำคัญ................................................................................................................................................................................................................................................

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.................................................................................................................................................................................................................................

โรคและยาประจำตัว.................................................................................................................การแพ้ยา/สารอาหาร..................................................................................

Diagnosis.................................................................ประเภทผู้ป่วย 1. Resuscitation 2. Emergency 3. Urgency 4. Semi-Urgency 5. Non-Urgency

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เวลา** | **สัญญาณชีพ,อาการ,อาการแสดง** | **เวลา** | **กิจกรรมการพยาบาล** | **เวลา** | **การประเมินผล** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\* \* \* \* \* กรณี CPR**

**เริ่ม CPR เวลา..........................** ⬜ 0.9% NSS 1000 ml. เวลา........................................... ⬜ อื่นๆ....................................................................................

⬜ Adrenaline (1:1000) 1 mg IV เวลา...................../......................./...................../......................./...................... /......................

**ส่งต่อ ER รพ.ปลายทาง เวลา.........................................**

**ผู้บันทึก.......................................................**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เวลา** | **สัญญาณชีพ,อาการ,อาการแสดง** | **เวลา** | **กิจกรรมการพยาบาล** | **เวลา** | **การประเมินผล** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |