

แบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอุบัติเหตุแรกรับ โรงพยาบาลปราสาท

ประวัติ CC:..... PI:.....	Past history: <input type="checkbox"/> ปฏิกิริยาโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> U/D..... Family history: <input type="checkbox"/> ปฏิกิริยาโรคต่อทางพันธุกรรม ประวัติแพ้ยา: <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ยา <input type="checkbox"/> เคยแพ้ยา (ระบุ)..... Vaccination: <input type="checkbox"/> Complete Growth & Development: <input type="checkbox"/> Normal LMP:
--	--

PRIMARY SURVEY	SECONDARY SURVEY
A: <input type="checkbox"/> Patent <input type="checkbox"/> Stridor/ Apnea, C-Spine <input type="checkbox"/> Not pain <input type="checkbox"/> On hard collar Trachea <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Deviate to..... B: Chest wound <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes..... Subcutaneous emphysema <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes CCT <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive..... Lung sound <input type="checkbox"/> clear & equal <input type="checkbox"/> decrease <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. O ₂ sat RA.....% C: BP.....mmHg, PR...../min External active bleeding <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes..... D: GCS E.....V.....M....., Pupil Rt....., Lt..... E:	Allergy: Medication: Past Illness/ Pregnancy: Last meal: Event/ Environment:

Head-To-Toe Exam
V/S: BP.....mmHg, PR...../min, RR...../min, BT.....°C, O ₂ sat.....%, BW.....Kg. General Appearance: Good consciousness HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclera, pharynx and tonsil not injected Heart: regular rate, normal S1,S2 no murmur Lung: clear and equal Abdomen: soft, not tender, no hepato-spleeno megal Neuro: E4V5M6, pupil 2 mmRTLBE, motor and sensory intact Extremities: no edema, no joint swelling

Problem list & Provisional Diagnosis

Mild TBI Low risk Moderate risk High risk

Moderate TBI

Abdomen Blunt Penetrating

Chest Blunt Penetrating Lung contusion

Pneumothorax Spontaneous Tension Hemothorax (massive/ Non-massive) open

Fracture.....

Other.....

Plan of treatment:

.....

Doctor.....
()

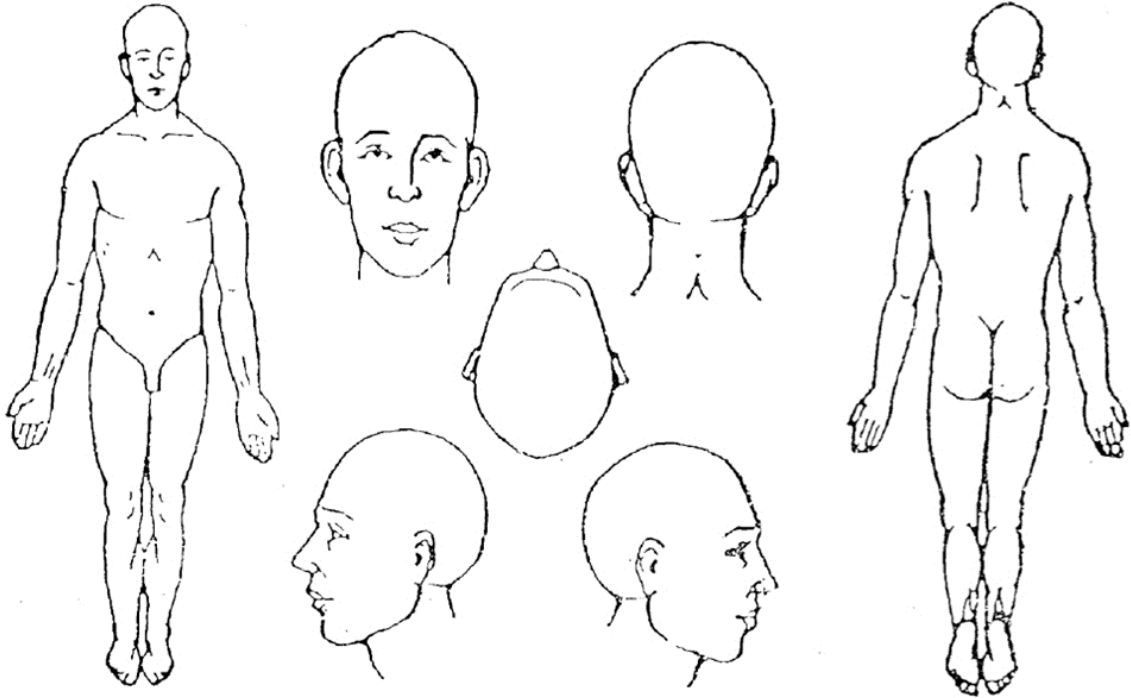
FM-PCTSUR-001-00 ประกาศใช้ 31 ต.ค. 2565 งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

แบบบันทึกบาดแผลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ชื่อ.....อายุ.....เลขที่.....

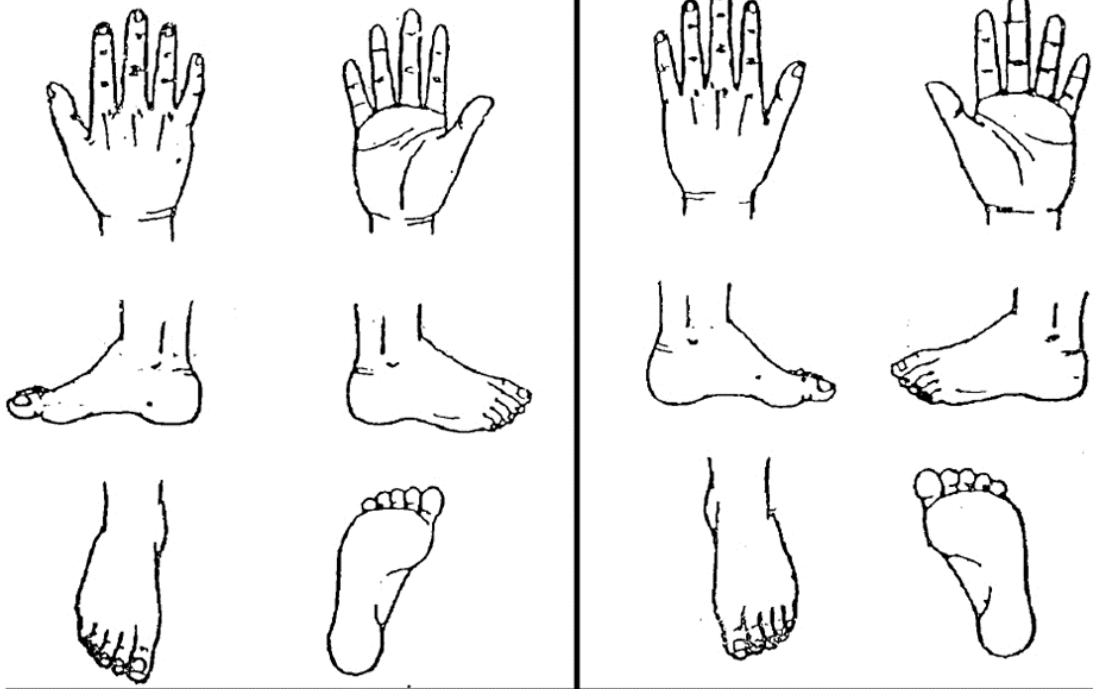
วันที่.....เวลา.....ผู้ให้ประวัติ.....ที่อยู่.....

Glasgow Coma Score E.....M.....V.....



RIGHT

LEFT



แพทย์ 1.....
2.....