

<p style="text-align: center;">โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท	<p style="text-align: center;">ระเบียบปฏิบัติ (Form : FM) รหัส FM-PCTSUR-005-00</p>
<p>เรื่อง : แบบบันทึกเวลา Trauma Fast Track และ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Trauma Fast Track ที่ได้รับการส่งต่อมา โรงพยาบาลปราสาท</p>		
<p>ชื่อสาขา : PCT ศัลยกรรม</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 3 หน้ารวมปก) วันที่อนุมัติใช้ 25 มี.ค. 2567</p>	
<p>คณะผู้จัดทำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.ฉัตรชัย วราพฤกษ์ 2. พญ.วิราวรรณ ฉัตรเงิน 3. นางพฤษชาติ ทบแป 4. นางลัดดารัตน์ พวงสด 5. นางสุภาวรรณ มานะสันติกุล 	<p>ตำแหน่ง</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ นายแพทย์ชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p>	<p>ลายมือชื่อ</p> <p>.....</p>
<p>ผู้ตรวจสอบ..... (นพ.ฉัตรชัย วราพฤกษ์) ประธาน PCT ศัลยกรรม</p>	<p>ผู้อนุมัติ..... (นางสาวชอุภัสร์ มหรรทศนพงศ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท</p>	
<p>หน่วยงานที่นำไปใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หอผู้ป่วยศัลยกรรม 2. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 3. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี 4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด 5. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
00	25 มี.ค. 2567	ประกาศใช้ทั้งฉบับ	1-3

แบบบันทึกเวลา Trauma Fast Track

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัด สุรินทร์

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ.....ปี

วันที่มารพ..... เวลา.....น. มาโดย กู้ชีพ EMS Refer มาเอง

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

Door to ER เวลา.....น. แพทย์เวร ER ตรวจ เวลา.....น.

Activate Trauma Fast Track เวลา.....น. ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม เวลา.....น.

แพทย์ศัลยกรรมมาประเมินผู้ป่วยที่ ER เวลา.....น. SET OR เวลา.....น.

ส่ง Lab เวลา.....น. ได้ผล Lab เวลา.....น.

โทรขอเลือดด่วน เวลา.....น. ได้เลือดเวลา.....น.

โทรขอ X-ray Portable เวลา.....น. มา X-ray portable เวลา.....น.

ส่ง CT เวลา.....น. ได้ผล CT เวลา.....น.

ออกจาก ER เวลา.....น.

สรุป Dx.....

ถ้า Refer เหตุผลที่ refer เพราะ.....

หมายเหตุ:

- Time to ER to consult ภายใน 30 นาที (.....นาที)
สาเหตุ ER to consult > 30 นาที เพราะ.....
- Time to consult to Sx visit ภายใน 30 นาที (.....นาที)
สาเหตุ consult to Sx visit > 30 นาที เพราะ.....
- Time to activate TFT to OR ภายใน 60 นาที (.....นาที)
สาเหตุ activate TFT to OR > 60 นาที เพราะ.....
- Time to refer ภายใน 2 ชั่วโมง (.....ชั่วโมง.....นาที)
สาเหตุ Time to refer > 2 ชั่วโมง เพราะ.....

FM-PCTSUR-005-00 ประกาศใช้ 25 มีนาคม 2567
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Trauma Fast Track ที่ได้รับการส่งต่อมาโรงพยาบาลปราสาท

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี โรงพยาบาลต้นทาง.....

เกณฑ์ trauma Fast Track

Blunt/ Penetrating abdominal injury with shock ที่ response ต่อการ resuscitation (BP \geq 90/60 mmHg, MAP \geq 65) ร่วมกับ HCT \geq 25%

Blunt/ Penetrating chest injury with shock ที่ response ต่อการ resuscitation (BP \geq 90/60 mmHg, MAP \geq 65) ร่วมกับ HCT \geq 30%

***หมายเหตุ if GCS \leq 12 พิจารณารีเฟอร์ รพ.สุรินทร์

แบบบันทึกสำหรับโรงพยาบาลต้นทาง

ข้อมูลโรงพยาบาลต้นทาง	การตรวจรักษา
	แรกรับ BP...../.....mmHg, PR...../min, RR...../min, BT.....C°, SpO2 RA.....%
วันที่เกิดเหตุ..... เวลาเกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....	Airway and C-spine protection <input type="checkbox"/> O2 canular.....LPM <input type="checkbox"/> O2 mask c bag.....LPM <input type="checkbox"/> ETT No.....depth..... Hard collar <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> No
ถึง รพ.ต้นทาง วันที่..... เวลา.....	Breathing <input type="checkbox"/> ICD ข้าง.....เบอร์.....ลึก.....cm <input type="checkbox"/> ลม <input type="checkbox"/> เลือด.....ml <input type="checkbox"/> ICD ข้าง.....เบอร์.....ลึก.....cm <input type="checkbox"/> ลม <input type="checkbox"/> เลือด.....ml
Consult พ.ศัลยกรรม รพ.ปราสาท เวลา..... ชื่อแพทย์.....	Circulation <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> EFAST เวลา.....น. ผล..... Disability E.....V.....M..... Pupil.....
Provisional diagnosis	IV fluid <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> Ringer lactate <input type="checkbox"/> Acetar <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> load IV total.....m/ then rate.....ml/hr <input type="checkbox"/> ไม่ได้ load IV rate.....ml/hr <input type="checkbox"/> Vasopressor.....
1.....	HCT.....% DTX.....mg/dL
2.....	Film <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> C-spine <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
3.....	<input type="checkbox"/> NG/ OG tube content..... <input type="checkbox"/> Urine cath สี.....ปริมาณ.....ml
ประสานศูนย์รีเฟอร์เวลา.....	ออกจาก รพ.ต้นทางเวลา.....น. ถึงจุด check point เวลา.....น. ถึง ER เวลา.....น.
V/S ก่อนออกจาก รพ.	BP...../.....mmHg, HR...../min, RR...../min, BT.....C°, SpO2.....%

FM-PCTSUR-005-00 ประกาศใช้ 25 มีนาคม 2567
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ