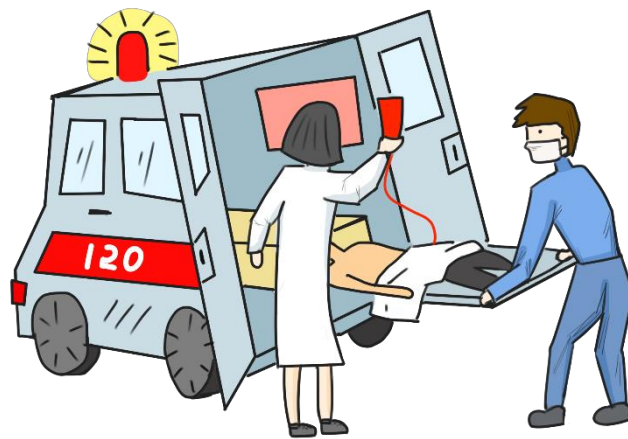


คู่มือการส่งต่อ

(REFER)

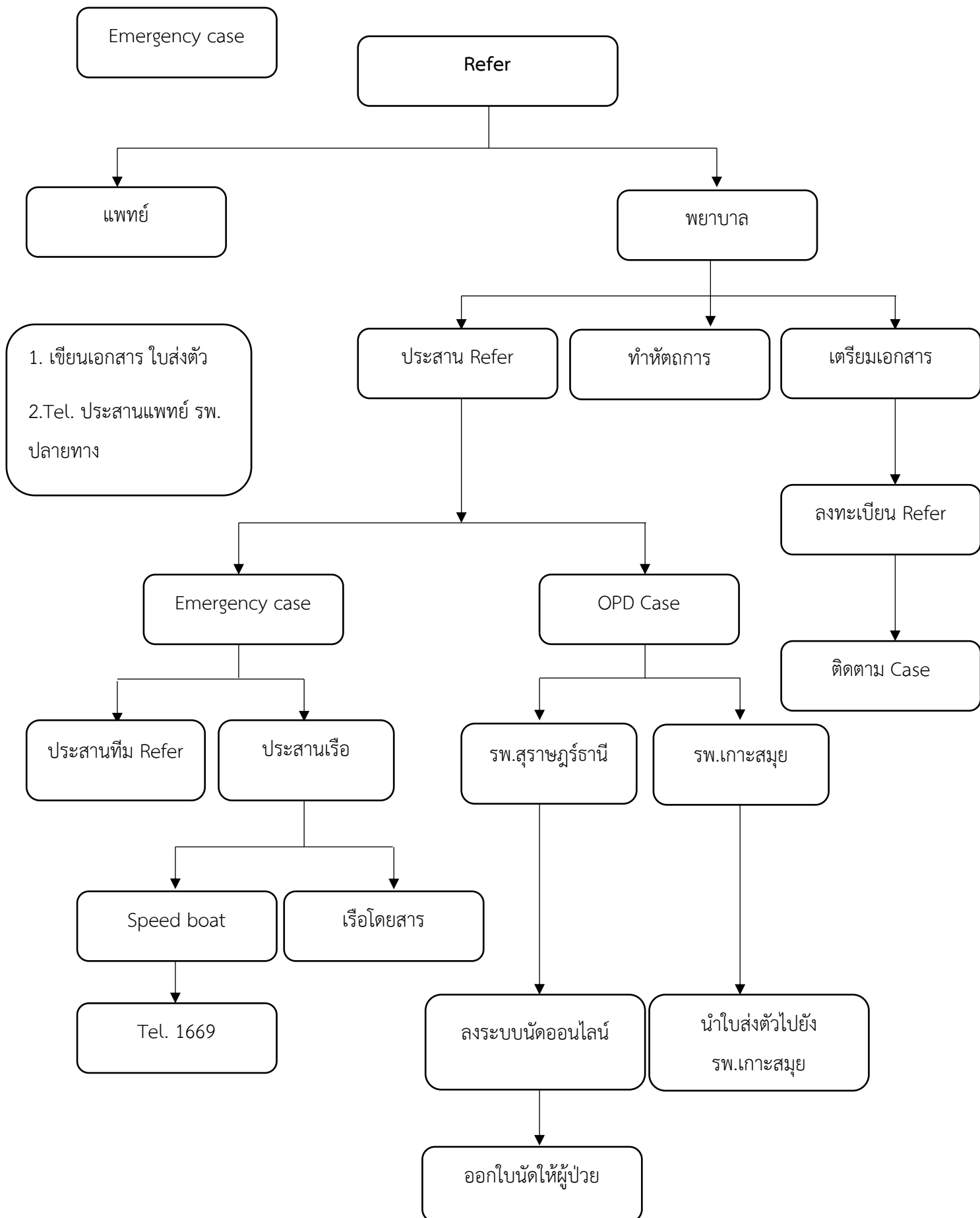
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกาะเต่า



แนวทางปฏิบัติกรณีส่งต่อผู้ป่วยด้วยเรือ Speed Bost

1. แพทย์พิจารณา Refer Speed Bost
2. โทรประสานโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยแพทย์ ส่งอาการผู้ป่วยให้แพทย์โรงพยาบาลเกาะสมุย เพื่อปรึกษา และเพื่อให้โรงพยาบาลเกาะสมุยรับ Case
3. ออกเอกสารใบ Refer ผ่านระบบ HosXp และระบบ Thai refer (ตามขั้นตอนแนวทางระบบ Thai Refer)
4. โทร 1669 ศูนย์เรนทรอ่าวไทย และแจ้งขอใช้เรือ Speed Bost
 - แจ้งประวัติ และการวินิจฉัยของผู้ป่วยที่ต้องการส่งตัว
 - แจ้งท่าเรือที่เรือ Speed Bost จะออกเดินทาง (ในเกาะเต่า) เช่น ท่าเรือเกาะเต่าสอร์ท ท่าเรือนอน ท่าเรือซีทราน และท่าเรือที่จะไปขึ้นที่เกาะสมุย เช่น ท่าเรือแม่น้ำ ท่าเรือฐานทัพเรือ
 - ทางศูนย์เรนทรจะให้เลขรับแจ้ง และสั่งการ
5. ถ่ายเอกสารใบ Refer ไว้สำหรับเบิก จำนวน 2 ชุด
6. เอกสารประกอบการรีเฟอร์
 - ใบรีเฟอร์
 - แบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทางน้ำ
 - แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง
 - หนังสือส่งมอบงานจ้าง
7. พยาบาลรีเฟอร์กลับมา ส่งเอกสาร บันทึก เวลาในการเดินทาง → พยาบาลเวร complete แบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทางน้ำ และแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง
8. ถ่ายแบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทางน้ำ และแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงทางไลน์ ศูนย์เรนทรอ่าวไทย
9. ศูนย์เรนทรอ่าวไทย แจ้ง HN ผู้ป่วย และเลขปฏิบัติการ
10. ส่งเอกสาร
 - แบบบันทึกการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทางน้ำ แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง และใบรีเฟอร์
 - หนังสือส่งมอบงานจ้าง และใบรีเฟอร์

แผนผังระบบการส่งต่อผู้ป่วย



กรณีส่งต่อ รพ.สุราษฎร์ธานี

1. ออกใบส่งตัว ผ่านระบบ HosXp และลง Thai-Refer
2. ประสานการ Refer โดยติดต่อทางศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยโทร 077-9115600 กด 7 ต่อ 1006
- 3.แจ้งพยาบาล Refer และ พนักงานขับรถ
- 4.โทรประสาน 1669 (ศูนย์นเรนทรอ่าวไทย) เพื่อขอรถรับผู้ป่วยที่ทำเรืออำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
5. พยาบาลเวรประสานไปยัง Ward ที่รับผู้ป่วย เพื่อส่ง case

Top-Dow Flow Chart ขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วยโรงพยาบาลเกาะพะงัน

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนปฏิบัติ	เบอร์โทรศัพท์
แพทย์ : อธิบายญาติรายงานอาการกับรพ. ปลายทาง พยาบาลหัวหน้าเวร : ประสานงานศูนย์ส่งต่อ (5 นาที)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ผู้ป่วย</div>	โรงพยาบาลเกาะสมุย 077-913200 ต่อ 2012 093-5766484 091-0376592 066-1170793 ศูนย์เรนทรอ่าวไทย 1669 077-420552 077-420231 077-420232
พยาบาลเวร : 1.แจ้งพยาบาล Refer 2.แจ้งฝ่ายบริหาร 3.แจ้งพนักงานขับรถ 4.ติดต่อเรือ speed boat (กรณี Refer speed boat) 5.โทร 1669 กรณี refer เรือ speed (3 นาที)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ประสานงานศูนย์รับ - ส่งต่อ รพ.เกาะสมุย/ รพ.สุราษฎร์ธานี/ อื่นๆ</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ตอบรับการส่งต่อ</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> Yes No </div>	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 077-915600 ศูนย์รีเฟอร์ ต่อ 1006-1007 077-915600 ER ต่อ 6120 – 6121 ศูนย์กู้ชีพตาศิ 077-915600 ต่อ 1669 077-915615 081-4768199 ตำรวจน้ำสมุย 077-421245 ลมพระยาเกาะเต่า 077-456176 099-1908338 083-9360799
แพทย์ : เขียนใบ Refer พยาบาลเวร : เตรียมผู้ป่วย เตรียมเอกสารต่างๆ ลงในโปรแกรม Thai refer NA : ช่วยเหลือพยาบาล เตรียมผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์ เตรียมเอกสารประกอบกร (10 นาที)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">แจ้งพยาบาล Refer/ พพร</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เตรียมผู้ป่วย</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เตรียมเอกสารประกอบการ Refer</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เตรียมอุปกรณ์ในการ Refer</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เตรียมรถพยาบาล</div>	077-915600 ต่อ 1669 077-915615 081-4768199 ตำรวจน้ำสมุย 077-421245 ลมพระยาเกาะเต่า 077-456176 099-1908338 083-9360799
พยาบาล Refer : เตรียมผู้ป่วย และอุปกรณ์ ต่าง ๆ NA : ช่วยเหลือพยาบาลเตรียมผู้ป่วย และ อุปกรณ์ต่าง ๆ (2 นาที)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เตรียมรถพยาบาล</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">บันทึกอาการ, v/s ก่อนนำส่ง</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">บันทึกในแบบบันทึก การส่งต่อ</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เคลื่อนย้ายผู้ป่วย</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">สิ้นสุด</div>	Speed Bost เกาะเต่ารีสอร์ท 091-7498993 Speed Bost คุณเวียงชัย 083-3941223 081-7471619 Speed Bost คุณนิศยา 084-0515519 Speed Bost คุณภีระพันธ์ 098-9191669
พนักงานขับรถ : เตรียม เตรียมรถพยาบาล, ออกซิเจนและ อุปกรณ์อื่น ๆ, เคลื่อนย้ายผู้ป่วย พยาบาล : บันทึกอาการและ V/S ก่อนการส่งต่อ, เคลื่อนย้ายผู้ป่วย , โทร ประสานรพ.ปลายทาง เรื่อง เรือ และทำเรือ พยาบาล Refer : บันทึกอาการผู้ป่วย เคลื่อนย้าย ผู้ป่วยและนำส่งผู้ป่วย		

แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงทางน้ำ

1. หน่วยบริการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย..... **HN รพ.ปลาหยาง**

ชื่อหน่วยบริการ **โรงพยาบาลเกาะเต่า** วันที่ **ว/ด/ป/ป/ป** เลขที่ปฏิบัติการ **เลขที่ศูนย์ส่งมาให้ ปล.เว้นจ้งหน้าไว้ด้วย**
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. **พยาบาล1** รหัส..... 2. **พยาบาล2** รหัส.....
 3. **คนขับรถ** รหัส **พ.ว.อ.น.พ.** 4. รหัส.....
 ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ..... **ER, ward รพ.เกาะเต่า ม.2**
 เหตุการณ์ **เคลือโร อากาศ 2-3 อากาศ**

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากที่ตั้ง/ท่าเรือ	จุดรับผู้ป่วย	ออกจากจุดรับผู้ป่วย	ถึงจุดรับผู้ป่วย	ถึงที่ตั้ง	
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time=..... นาที					นาทีนาที
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป เลอไม่ทะเล รันจากใบกุ่มหน้า			กม.หรือ.....ไมล์	ระยะทางกลับ.....กม.		ระยะไป รพ.....กม.	

3. ข้อมูลผู้ป่วย

คำนำหน้า **นาย** ชื่อผู้ป่วย **อะไรเอ๊ย** อายุ **25** ปี เพศ ชาย หญิง
 คนไทย เลขบัตรประชาชน..... แรงงานต่างด้าว
 ชาวต่างชาติ ประเทศ..... เลขที่หนังสือเดินทาง.....
 ลีถึกรักษา บัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ไม่มีหลักประกัน

ประกันอื่นๆ (ถ้ามี)
 ประกันท่องเที่ยว ประเทศ.....
 ผู้ประสบภัยจากรถ
 ประเภทรถ..... ทะเบียนรถหมวด.....
 เลขทะเบียน..... จังหวัด.....

Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils			O ₂ Sat	DTX	
	T	BP	PR	RR	E	V	M	Rt	RTL	Lt	RTL	%	mg%
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		

เวลา และ V/S ขณะรีเฟอเนรจ้ากาก

Trauma
 บาดแผล No Cut/Laceration Abrasion Contusion Burn Stab Wound Amputate GSW
 กระดูกผิดรูป No Closed Opened Dislocate
 การเสียเลือด No Ext/Stopped Ext/Active Int. hemorrhage
 อวัยวะ Head/neck Face Spine/back Chest/Clavicle Abdomen Pelvis Extremities External body Multiple injury back surface

Non trauma
 อาการกรณ Dyspnea High Fever Ultration of conscious Seizure Chest Pain Poisoning Digestive Other(ระบุ).....
 สติ-นรีเวช Labour pain child birth Bleeding per Vagina High risk preg Rape Other(ระบุ).....
 กุมาร Convulsion High Fever Dyspnea Digestive Other(ระบุ).....
 ศัลยกรรม Ac. abdominal pain GI Bleeding Other(ระบุ).....
 อื่นๆ Eye ENT Ortho Psychological problem

Treatment
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ No Clear airway Suction Oral airway O₂ canular/mask Ambu bag ET
 บาดแผล/ห้ามเลือด No Pressure Dressing Dressing
 การให้สารน้ำ No NSS RLS 5%DN/2 on locked Others.....
 การตามกระดูก No เนื้อกลม/ไม้ตาม/sling Collar With Long Spinal Board KED
 การทำ CPR No Yes AED/Defib

ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ)..... **ยาที่นำม่วางไปรีเฟอ**
 ระดับการคัดแยก (RC code)
 แดง (วิกฤติ) เหลือง (เร่งด่วน) เขียว (ไม่รุนแรง) ขาว (ทั่วไป) ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งต่อ (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งชุดปฏิบัติการ..... **โรงพยาบาลปลาหยาง (สมข, สฎ.)** รพ.รัฐ รพ.เอกชน
 เหตุผล เหมาะสม/สามารถรักษาได้ อยู่ใกล้ มีหลักประกัน เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ผู้ส่งรายงาน..... **พยาบาลที่ไปรีเฟอ** รหัส.....

5. การประเมิน/รับรองการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำชุดปฏิบัติการที่รับผิดชอบ) เพิ่ม RC Code

ระดับการคัดแยก (ER Triage)	<input type="checkbox"/> แดง (วิกฤติ) L1, L2	<input checked="" type="checkbox"/> เหลือง (เร่งด่วน) L3	<input type="checkbox"/> เขียว (ไม่รุนแรง) L4	<input type="checkbox"/> ขาว (ทั่วไป) L5	<input type="checkbox"/> ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) ไม่ใช้ผู้ป่วย
ทางเดินหายใจ	<input checked="" type="checkbox"/> มีจำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่มีทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การห้ามเลือด	<input checked="" type="checkbox"/> มีจำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่มีทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การให้สารน้ำ	<input type="checkbox"/> มีจำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่มีทำ	<input checked="" type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
การตามกระดูก	<input checked="" type="checkbox"/> มีจำเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่มีทำ	<input type="checkbox"/> ทำและเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
ชื่อผู้ประเมิน	พยาบาลปลาหยาง ต.สมข.ค.อ. วาเลน อ่วมอู ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ <input checked="" type="checkbox"/> พยาบาล				

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันสิ้นเดือนนั้น

กรณี Refer

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

1. หน่วยบริการ..... ลำดับของศูนย์..... เลขที่ผู้ป่วย..... **HN รพ.ปลายางทอง**

ชื่อหน่วยบริการ **โรงพยาบาลเกาะเต่า** วันที่ **ว/ด/ป/ป/ป** เลขที่ปฏิบัติการ **เลขที่ศูนย์ส่งมาให้ พล.เวินจันทน์ ไร่แก้ว**
 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1 **พยาบาล 1** รหัส..... 2 **พยาบาล 2** รหัส.....
 3 **คนขับรถ** รหัส **อนพ., พงร.** 4..... รหัส.....
 ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ **ER ward รพ.เกาะเต่า ม. 2** เหตุการณ์ **เคลือบไร้อากาศ 2-3 อากาศ**

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	สั่งการ	ออกจากรถ	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.	.....น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				.....นาที	.....นาที	.....นาที
เลข กม.					ระยะทางกลับ.....กม.		
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป โลงไม้ ของจากพพร.....กม.				ระยะทางไป รพ.....กม.		

3. ข้อมูลผู้ป่วย

คำนำหน้า (**นาง**) ชื่อผู้ป่วย **ใจดี ยิ้มแย้ม** อายุ **19** ปี เพศ (จากระบบ) ชาย หญิง
 เลขบัตรประชาชน **0-0000-00000-00-0**
 สิทธิการรักษา บัตรทอง ชำรภาพการ ประกันสังคม แรงงานต่างด้าวชั้นทะเบียน ไม่มีหลักฐานประกัน
 เลขทะเบียนรถ.....
 ปรึกษาอื่นๆ (ถ้ามี)
 ประกันชีวิต
 ผู้ประสบภัยจากรถ
 เลขทะเบียนรถ.....

Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils			O ₂ Sat	DTX	
	T	BP	PR	RR	E	V	M	Rt	RTL	Lt			RTL
	เวลา และ V/S ขณะออกนอกศูนย์จากรถ												

Trauma
 บาดแผล No Cut/Laceration Abrasion Contusion Burn Stab Wound Amputate GSW
 กระดูกหัก No Closed Opened Dislocate
 การเสียเลือด No Ext/Stopped Ext/Active Int.hemorrhage
 อวัยวะ Head/neck Face Spine/back Chest/Clavicle Abdomen Pelvis Extremities External body surface Multiple injury back

Non Trauma
 อาการรรม Dyspnea High Fever Ulteration of conscious Seizure Chest pain Poisoning Digestive Other(ระบุ).....
 สูติ-นรีเวช Labour pain child birth Bleeding per Vagina High risk preg Rape Other(ระบุ).....
 กุมาร Convulsion High Fever Dyspnea Digestive Other(ระบุ).....
 ศัลยกรรม Ac. abdominal pain GI bleeding Other(ระบุ).....
 อื่นๆ Eye ENT Ortho Psychological problem

Treatment
 ทางเดินหายใจ/การหายใจ No Clear airway Suction Oral airway O₂ canular/mask Ambu bag ET
 บาดแผล/ห้ามเลือด No Pressure Dressing Dressing
 การให้สารน้ำ No NSS RLS 5%DN/2 on locked Others.....
 การตามกระดูก No เข็มกลม/ไม้ตาม/sling Collar With Long Spinal Board KED
 การทำ CPR No Yes AED/Defib

ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....
 ระดับการคัดแยก (RC code)
แดง (วิกฤติ) เหลือง (เร่งด่วน) เขียว (ไม่รุนแรง) ขาว (ทั่วไป) ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)

4. เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและผ่านการเห็นชอบของศูนย์)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล **โรงพยาบาลปลายางทอง (สมุย, สุราษฎร์)** รพ.รัฐ รพ.เอกชน
 เหตุผล เหมาะสม/สามารถรักษาได้ อยู่ใกล้ มีหลักฐาน เป็นผู้ป่วยเก่า เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ผู้ส่งรายงาน..... **พยาบาลที่ไปรับ** รหัส.....

5. การประเมิน/รับรอกการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ) เพิ่ม RC code

HN..... การวินิจฉัยโรค **Close FX c AW**
 ระดับการคัดแยก (ER Triage) แดง (วิกฤติ) เหลือง (เร่งด่วน) เขียว (ไม่รุนแรง) ขาว (ทั่วไป) ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)

ทางเดินหายใจ ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
 การห้ามเลือด ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
 การให้สารน้ำ ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
 การตามกระดูก ไม่จำเป็น ไม่ได้ทำ ทำและเหมาะสม ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
 ชื่อผู้ประเมิน **พยาบาลปลายางทอง ถ้าสมุยคือ วาเลน อ่วมอยู่** ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล

6. ผลการรักษาในโรงพยาบาล (ติดตามใน 24 ชั่วโมง)

Admitted Yes No
 ทุเลา รักษาต่อที่อื่น ยังรักษาในรพ. เสียชีวิตในรพ. ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ กลับไปตายนบ้าน ตามแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมาที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดโดยเร็ว

ตัวอย่าง

หนังสือส่งมอบงานจ้าง

ที่อยู่..... 5/32 ม.2.....

ตำบล..... เกษะเต่า.....

อำเภอเกาะพะงัน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่..... 11 สิงหาคม 2565.....

เรื่อง ส่งมอบงานจ้างส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ ณ โรงพยาบาล..... เกษะสมุย (ท่าเรือบงรัก).....

เรียน ประธานกรรมการตรวจการจ้าง

ตามที่ โรงพยาบาลเกษะเต่า ได้ว่าจ้าง..... นายเวียงชัย ทงนวล..... บ้านเลขที่ 5/32 หมู่ที่ 2.....

ตำบล..... เกษะเต่า..... อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่งผู้ป่วยชื่อ..... นายสุเทพ จันเพชร.....

HN..... 3865..... เพื่อไปรักษา ณ โรงพยาบาล..... เกษะสมุย..... ตามใบสั่งจ้าง ลงวันที่.....

ในวงเงิน.....-บาท(.....) นั้น บัดนี้ ข้าพเจ้า

ได้ส่ง..... นายสุเทพ จันเพชร..... HN..... 3865..... เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งมอบงานจ้างดังกล่าว เพื่อ

ขอรับเงินค่าจ้างต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผู้รับจ้าง

(..... นาย เวียงชัย ทงนวล.....)

รายงานส่งต่อประจำปี งบประมาณ 2565

	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
1.จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ													
ER	10	7	6	6	4	11	7	2	11	6	3	6	56
LR	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
IPD	1	4	2	2	1	3	1	4	1	5	1	3	28
OPD	15	14	14	9	11	12	15	11	20	9	8	36	131
เวช													
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ													
ER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IPD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. ผู้เสียชีวิตหลังการส่งต่อ 24 ชม.													
ER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IPD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. อัตราการติดตาม Case													
ER	98.2	96.8	97.6	100	100	100	100	95.7	97.4	100	100	100	90.47
LR	-	-	100		100	100			100	100	100	100	100
IPD	100	75	100	100	100	100	66.6	100	75	100	80	100	91.38

5 อันดับโรคของการส่งต่อแต่ละแผนก ประจำปีงบประมาณ 2565

แผนก	1	2	3	4	5
ER	MHI	DCS	Stroke	Open fracture	Sepsis
IPD	Appendicitis	Anemia	Tear tendon	Septic shock	Acute Respiratory Failure
LR	Prolong 2nd stage	Prolong PROM	PPROM	-	-

5 อันดับโรคของการส่งต่อ

1. MHI
2. DCS
3. Stroke
4. Open fracture
5. Sepsis

ปัญหาของการส่งต่อที่พบบ่อย

1. คลื่นลมแรงระหว่างเดินทาง ทำให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างเดินทางทำได้ลำบาก และบางครั้งไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้
2. อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่พร้อมใช้งานในระหว่างเดินทาง