



EMS Event ID No.....DD.....MM.....YY.....คู่มือนี้ฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3 (ชื่อแบบฟอร์ม)

(EMS1) แบบสอบสวนการบาดเจ็บเชิงลึก กรณีอุบัติเหตุรถพยาบาล 1 คัน/1 ชุด (ใช้ร่วมกับ EMS2, EMS3)

- ชื่อเหตุการณ์.....จำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมดในเหตุการณ์นี้.....คน
- จำนวนรถ.....คัน
- จำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในเหตุการณ์.....คน
- จำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในรถพยาบาล.....คน
- รายละเอียดผู้ร่วมเดินทางในรถพยาบาล (1).....ผู้ขับขี่ (2).....ผู้ให้บริการทางการแพทย์ระบุ..... (3).....ผู้ป่วย.....(4).....ญาติ.....
วัน...../...../.....เวลาเกิดเหตุ..... พิกัด GIS (lat/lon) N _ _ _ _ _ E _ _ _ _ _
สถานที่เกิดเหตุ (ระบุจุดสังเกต/ตำแหน่งหลักกิโลเมตร).....
หน่วยบริการ ชื่อหน่วย..... จังหวัด..... เขต..... ภาค.....

ส่วนที่ 1 ลักษณะอุบัติเหตุ (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ)

ประเภทการให้บริการ/

- (1) EMS (Pre-hos) ระดับบริการ..... (ALS).....(BLS).....(FR) (2).....เที่ยวไป..... เที่ยวกลับ
(3)..... Refer/เที่ยวไป (4)..... Refer/เที่ยวกลับ (5) การวินิจฉัย.....(6) เหตุผลของการ Refer (7)..... บริการอื่นๆ ระบุ.....

กรณีมีผู้ป่วยมากกว่า 1 คน

ประเภทผู้ป่วยที่น่าสงสัย คน (ระบุประเภท)

- (1)..... Minor (เล็กน้อย) (2).....Moderate (ปานกลาง) (3).....Serious : not life threatening (มาก แต่ไม่คุกคามต่อชีวิต)
(4).....Severe life threatening (มาก และคุกคามต่อชีวิต) (5).....Critical: survival uncertain (วิกฤต ไม่แน่ใจในโอกาสรอดชีวิต)
(6).....Maximum (รุนแรงที่สุด ส่วนใหญ่ไม่รอดชีวิต) (7)..... ไม่ทราบว่ามีการบาดเจ็บหรือไม่

ประเภทพาหนะรถEMS/Refer ที่เกิดเหตุ ยี่ห้อ..... รุ่น.....อายุการใช้งาน.....ปี ติดตั้งระบบ GPS.....(ติดตั้ง).....(ไม่ติดตั้ง)
ระบบประกันภัย(มี) ประเภทการประกัน.....(ไม่มี) เพราะ.....

ความเร็วขณะเกิดเหตุรถพยาบาล.....กม/ชม. ความเร็วเฉลี่ย ตลอดระยะทาง..... กม/ชม. รถคู่มือ.....กม/ชม.

รถมีการระเบิดหรือไฟลุกหลังเกิดเหตุหรือไม่ (1) ไม่มี..... (2) มี.....รถติดแก๊สหรือไม่ (1) ไม่ติด..... (2) LPG..... (3) NGV.....

สภาพภายในรถ (แบบรูปประกอบด้านหลัง ด้านหน้าทะเบียน/ ด้านข้างเห็นสังกัด/ ด้านหลังเห็นอุปกรณ์/ ดอกยางรอยเกิดอุบัติเหตุ/ ด้านในเห็นเตียงผู้ป่วย)

การเปิดสัญญาณต่างๆ (1) สัญญาณเสียงมีไม่มีเปิด..... ไม่เปิด (2) สัญญาณไฟวับวาวมีไม่มีเปิด..... ไม่เปิด

(3) ขออนุญาตถูกต้อง..... ไม่ขออนุญาต.....

อุปกรณ์ความปลอดภัยบนรถเสริมชนิดอื่นๆ (1).....ไม่มี (2).....มี (3).....มี ไม่ครบทุกที่นั่ง (4).....ใช้ทุกตำแหน่ง (5).....ใช้บางตำแหน่ง (ระบุ).....

(6)ชำรุดไม่พร้อมใช้

Stretcher (1).....ชำรุด (2).....ไม่ชำรุด สายรัดเพียงคนใช้ (1).....ไม่ใช้งาน (2).....ใช้งาน (3).....ใช้ตำแหน่งใด (ระบุ).....

การตรวจสภาพประจำวัน (BEWAGON) (1) ตรวจ (2) ไม่ตรวจ

คู่มือ (1).....คนเดินเท้า (2).....จักรยาน (3).....มอเตอร์ไซด์ (4).....รถเก๋ง (5).....ปิคอัพ (6).....รถตู้ (7).....รถบรรทุก/พ่วง (8)..... รถบัส (9).....

สัตว์ข้ามถนน (ระบุ).....(10).....อื่นๆ.....ความเสียหายของคู่มือ (ระบุ/ แนบภาพถ่ายประกอบ)

EMS Event ID No.....DD.....MM.....YY.....คู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3 (ชื่อแบบฟอร์ม)**ข้อบกพร่องของถนนที่อาจเป็นผลให้เกิดอุบัติเหตุ**

ประเภทถนน (1).....กรมทางหลวง (2).....ทางหลวงชนบท (3).....ในเมือง(เทศบาล) (4).....ใน อบต./หมู่บ้าน (5) อื่น ๆ.....

ชนิดถนน (1) คอนกรีต..... (2) ยางมะตอย..... (3) ลูกกรง/หินคลุก..... (4) อื่นๆระบุ

จำนวนเลนทั้งหมด.....ช่องเกาะกลาง (1) มี(ระบุ)..... (2) ไม่มี.....ทิศทางการเดินรถบนถนน (1).....ทางเดียว (2) สองทาง.....

การจัดการจราจรก่อนเกิดเหตุ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
เปิดสัญญาณไฟเตือน ต่ำกว่า 4 วินาที				ระยะเวลา.....จากเหลือง-แดง
ปิดสัญญาณไฟ เปิดกระพริบ				ช่วงเวลาปกติที่เริ่มปิด.....
เป็นสัญญาณแบบนับ				
คันใดคันหนึ่งฝ่าฝืนสัญญาณ				ระบุ.....
ไฟสัญญาณชำรุด				ระบุ.....
อื่นๆ				ระบุ.....

สภาพเครื่องหมายจราจรบนผิวทาง (1) ไม่มี..... (2) ชัดเจน/อยู่ในสภาพดี..... (3) เลื่อนราง/ชำรุด.....

ช่องทางจราจรที่เกิดอุบัติเหตุ (1) ขวา..... (2) กลาง..... (3) ซ้าย..... (4) ไหล่ทาง..... (5) อื่นๆ ระบุ.....

ทางบริเวณจุดเกิดเหตุ (1) ทางตรง..... (2) ทางโค้ง..... (3) ทางแยก..... (4) ทางคนข้าม (ทางม้าลาย)..... (5) ทางร่วม.....
(6) จุดกลับรถ..... (7) ทางบนสะพาน..... (8) ทางเอียงขึ้น..... (9) ทางเอียงลง..... (10) ขนกันบนไหล่เขา..... (11) อื่นๆ.....

จุดที่ทำให้เสียชีวิต (ณ ที่เกิดเหตุ) (1) จุดเดียวกับที่ชน..... (2) จุดอื่น เช่น ไปกระแทกกับ.....ห่างจากจุดที่ชน.....เมตร

ผิวจราจรขณะเกิดอุบัติเหตุ (1) แห้งปกติ..... (2) เปียก..... (3) เป็นคลื่น / หลุมบ่อ..... (4) อื่น ๆ.....

ภาพจำลองสถานการณ์การเฉี่ยวชน (วาดรูป+ ถ่ายรูป: พาหนะ, ตำแหน่งที่ชน, ตำแหน่งที่ตาย, สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิด)



EMS Event ID No.....DD.....MM.....YY.....คู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3 (ชื่อแบบฟอร์ม)

ถนนมีสิ่งกีดขวางหรือไม่ (1) ไม่มี..... (2) มี..... กรุณาระบุประเภทของสิ่งกีดขวางที่อาจจะส่งเสริมทำให้เสียชีวิต.....

ชนิดสิ่งกีดขวาง	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	ชนิดสิ่งกีดขวาง	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
เสาไฟฟ้าหรือเสาอื่นๆ				มีสัตว์หรือฝูงสัตว์			
ต้นไม้ใหญ่				รถจอด รถเสีย			
คอสระพาน/ราวคอนกรีต				ร้านค้า/แผงลอยข้างทาง			
คู/คลอง/แม่น้ำที่ลึกหรือชัน				วัสดุ สิ่งของหล่นบนถนน			
พื้นที่ต่างระดับข้างถนน				อื่นๆ.....			

หมายเหตุ.....

ทัศนวิสัย (1) แจ่มใส..... (2) มีหมอก..... (3) คว้น / ฝุ่น..... (4) ฝนตก..... (5) อื่น ๆ.....

ช่วงเวลาขึ้น (1) กลางวัน..... (2) โพล้เพล้..... (3) กลางคืน..... มีแสงสว่างพอเพียงหรือไม่ (1) ไม่พอ..... (2) พอ.....

ข้อผิดพลาดอันอาจเกิดจากสมรรถนะของยานยนต์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
พาหนะเก่า จำนวนปีที่ใช้งาน				ประวัติจดทะเบียน.....
ขาดการซ่อมบำรุง				ประวัติการซ่อมบำรุง.....
เร่งไม่ขึ้น				
สายคันเร่งขาด				ผู้เชี่ยวชาญ.....
คันเร่งไฟฟ้าบอด				ผู้เชี่ยวชาญ.....
เครื่องยนต์ไม่มีแรง				ผู้เชี่ยวชาญ.....
คลัตช์ลื่น				ผู้เชี่ยวชาญ.....
เกียร์อัตโนมัติไม่ Kick-down				ผู้เชี่ยวชาญ.....
การเบรกไม่อยู่				ตรวจสอบสภาพยางบนผิวถนน
ผ้าเบรกหมด				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ผ้าเบรกคุณภาพไม่ดี				ผู้เชี่ยวชาญ.....
จานเบรกเล็ก				ผู้เชี่ยวชาญ.....
จานเบรกร้อน				ผู้เชี่ยวชาญ.....
น้ำมันเบรกรั่ว / หมด				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ตรวจพบว่าระบบช่วงล่างชำรุด				ใบอนุญาตตรงกับประเภท รถ.....
ตรวจพบว่าระบบล้อและยางชำรุด				จำนวนครั้งในการใช้เส้นทาง
Under-steer (หลุดโค้ง) รถขับลื่นหน้า				
เบรกหน้าจับมากเกินไป				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ยางหน้าหมดอายุ				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ยางหน้าลมนอ่อน				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ลูกหมากล้อหน้าหลวม				ผู้เชี่ยวชาญ.....
Shock-absorber หน้าหมดอายุ				ผู้เชี่ยวชาญ.....
Over-steer (ท้ายปัด) รถขับลื่นหลัง + เครื่องแรง				
เบรกหลังจับมากเกินไป				ผู้เชี่ยวชาญ.....



EMS Event ID No.....DD.....MM.....YY.....คู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3 (ชื่อแบบฟอร์ม)

ข้อผิดพลาดอันอาจเกิดจากสมรรถนะของยานยนต์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ยางหลังหมดอายุ				ผู้เชี่ยวชาญ.....
ยางหลังลมอ่อน				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
ลูกหมากล้อหลังหลวม				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
Shock-absorber หลังหมดอายุ				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
อื่นๆ ระบุ				
Directionally Unstable				
ยางหมดอายุ				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
ลูกหมากหลวม				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
ลูกปืนล้อหลวม				ผู้ผู้เชี่ยวชาญ.....
อื่นๆ นอกเหนือที่กล่าว				

บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผังการนั่งโดยสารและ รายละเอียดความเสียหายของห้องโดยสารรถบริการทางการแพทย์และการบาดเจ็บคร่าๆ
(ใช้ร่วมกับแบบสอบสวนผู้โดยสาร)

	ตำแหน่งที่นั่งก่อนเกิดเหตุ	ตำแหน่งที่พบหลังเกิดเหตุ	ผลการบาดเจ็บ (ตามแพทย์วินิจฉัย)
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			

ตำรวจเจ้าของคดี.....เบอร์โทร.....

ผู้ให้ข้อมูล.....เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทร.....



EMS Event ID No.....DD.....MM.....YY.....คู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3 (ชื่อแบบฟอร์ม)

สรุปค่าเสียหาย (Cost)

1. ด้านคน
 - ค่ารักษาพยาบาล
 - ค่าชดเชย
 - ค่าคดีความ
 - ค่าเดินทาง
2. ด้านรถ
 - ค่าซ่อมบำรุง
3. ถนน
 - ค่าซ่อมบำรุง
4. ผู้รับผิดชอบค่าเสียหาย

สรุปความเสียหาย



Event ID.....

Personal ID.....

(EMS2) แบบสอบสวนการบาดเจ็บเชิงลึกผู้ขับขี่รถพยาบาล
ทะเบียนเลขที่.....ยี่ห้อ.....รุ่น.....สี.....อายุการใช้งาน.....

ผู้ขับขี่ (สัมภาษณ์จากผู้ขับขี่เองหรือผู้ใกล้ชิดในกรณีผู้ขับขี่เสียชีวิต)

ชื่อเหตุการณ์.....จำนวนผู้ประสบเหตุ.....คน ผู้เสียชีวิต.....คน admit.....คน
วัน...../...../.....เวลา..... พิกัด GIS (lat/lon) N _ _ _ _ _ E _ _ _ _ _

สถานที่เกิดเหตุ (ระบุจุดสังเกต/ตำแหน่งหลักกิโลเมตร).....

ชื่อ..... อายุ.....ปี สถานภาพ (ระบุ)..... ประสบการณ์ขับขี่.....ปี

การฝึกอบรมหลักสูตรขับรถพยาบาลปี (1) ผ่าน (ระบุปี)..... (2) ไม่ผ่าน.....

ภายหลังอบรมเคยเกิดอุบัติเหตุ (1) เคย..... เกิดเหตุ.....ครั้ง (2) ไม่เคย.....

ตำแหน่ง (1) ข้าราชการ..... (2) ลูกจ้างโรงพยาบาล..... (3) ลูกจ้างภายนอก..... (4) อื่นๆ ระบุ.....

ความคุ้นเคยกับเส้นทาง (1) คนในพื้นที่ (ในตำบล/แขวง) (2) คนนอกพื้นที่ (ในจังหวัด) (3) คนนอกเขต.....

โรคประจำตัว (1) ไม่มี..... (2) มี..... (3) เบาหวาน (ระบุชนิด)..... (4) เส้นเลือดหัวใจตีบ..... (5) ลมชัก.....

(6) หูตึง..... (7) สายตาสั้น/ยาว..... (8) ความดันโลหิตสูง..... (9) อื่นๆ ระบุ.....

การใช้ยาที่มีผลต่อการขับขี่ (1) ไม่ใช้..... (2) ใช้ (ระบุ)..... (3) ก่อนขับขี่..... ชม.

การตรวจสารเสพติดและปริมาณแอลกอฮอล์ (1) ไม่ตรวจ..... (2) ตรวจ (ระบุผล).....

การตรวจสุขภาพประจำปี (1) ไม่ตรวจ..... (2) ตรวจ.....

สภาพอารมณ์ขณะเกิดเหตุ (1) ปกติ..... (2) โกรธมาก..... (3) เสียใจมาก..... (4) วิทกกังวล..... (5) อื่นๆ ระบุ..... (6) ไม่ทราบ.....

การใช้โทรศัพท์และเครื่องมือสื่อสาร (1) ไม่ใช้..... (2) ใช้ (ระบุ).....

จุดประสงค์การเดินทางเพื่อ

สถานะผู้ขับขี่ (1) เสียชีวิต..... (2) บาดเจ็บรุนแรง (admit)..... (3) บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD)..... (4) ไม่บาดเจ็บ.....

สถานที่เสียชีวิต (ในกรณีเสียชีวิต) (1) เสียชีวิตที่ เกิดเหตุ..... (2) เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล..... (3) เสียชีวิตที่โรงพยาบาล.....

นำส่งโรงพยาบาลโดย (1) ผู้ประสบเหตุ..... (2) เจ้าหน้าที่ตำรวจ..... (3) มูลนิธิ/อาสาสมัคร..... (4) หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน

(5) หน่วยกู้ชีพขั้นสูง..... (6)ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์..... (7) อื่นๆ (ระบุ).....

ระยะเวลาที่มีผู้เข้ามาช่วยเหลือ (ระบุ).....



Event ID.....

Personal ID.....

ปัจจัยด้านคนที่คาดว่าจะอาจส่งผลต่อสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ

พฤติกรรมการขับขี่อันอาจส่งผลต่ออุบัติเหตุครั้งนี้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ตรวจสอบเส้นทางก่อนการเดินทาง				
เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ยาและสารเสพติด				แสดงอาการให้เห็นชัด/มีผลตรวจ.....
นิสัยส่วนตัว ใจร้อน หงุดหงิด/ถูกกระตุ้น				แสดงอาการให้เห็นชัด.....
ประสบการณ์ฝึกขับี่ครั้งแรก				ผ่านการฝึก.....
ขาดประสบการณ์ขับี่				ดูเวลาการถือครองใบอนุญาต.....ปี
ขาดประสบการณ์ในรถประเภทนั้นๆ				ใบอนุญาตตรงกับประเภท รถ.....
ขาดประสบการณ์ในเส้นทางเสี่ยง				จำนวนครั้งในการใช้เส้นทาง
ความล้า (จำนวน ชม.ของการขับรถ)				
ความง่วง (สภาพการพักผ่อน)				
ไม่ปฏิบัติตามคำเตือนของป้ายจราจร				
แข่งในเขตห้าม/และจุดวิกฤต				
ใช้ความเร็วเกินค่าเตือนของถนน				
ผิดพลาดในการใช้ระบบเบรกและห้ามล้อ				
ปัญหาสุขภาพโรคประจำตัว				ระบุ.....
คำสั่งของผู้ขับี่ผิดพลาด				
บกพร่องจากเปลี่ยนความเร็ว				(เร็วขึ้น,ช้าลง)
บกพร่องจากการเปลี่ยนทิศทาง				
เดินคันเร่ง + คลายมมูมเลี้ยว				มากเกินไป.....น้อยเกินไป.....
ผ่อนเบรก + เพิ่มมมูมเลี้ยว				มากเกินไป.....น้อยเกินไป.....
อื่นๆระบุ				

ปัจจัยด้านพฤติกรรมขับี่ที่อาจเพิ่มความรุนแรงในการบาดเจ็บ

ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
มีเข็มขัดนิรภัย				
คาดเข็มขัดนิรภัย				
ถูกลมนิรภัยทำงาน				
นั่งบริเวณที่ห้องโดยสารทุดตัว/ หรือถูกชน				ระบุ
กระแทกกับส่วนใดส่วนหนึ่งของอุปกรณ์โดยสาร				ระบุ
หลุดออกจากห้องโดยสาร				ระบุ

สาเหตุของการไม่คาดเข็มขัดคือ.....

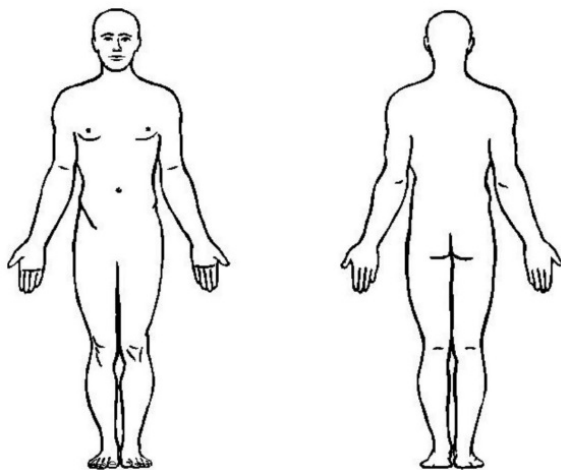
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและปัจจัยเพิ่มความรุนแรงอื่นๆ ระบุ.....

.....

.....



ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ



ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

สาเหตุการตายและการบาดเจ็บ

ICD-code	AIS Name	BR	AIS	ISS	Aspect	Injury Source	Confidence	Rank

บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆ รอดชีวิต)

ตำรวจเจ้าของคดี.....เบอร์โทร.....ผู้ให้ข้อมูล.....เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทร.....



Event ID.....

Personal ID.....

ส่วนเพิ่มเติมแบบสอบถามผู้ขับขี่ กรณีพบผู้ขับขี่หลังเกิดเหตุภายใน 2 ชั่วโมง

การตรวจลมหายใจ	ลักษณะท่าทางและพฤติกรรม	ลักษณะการพูด	ลักษณะร่างกายภายนอก	อื่นๆ
.....กลิ่นแอลกอฮอล์	กลัว	พูดมากตลอดเวลา	คันบริเวณใบหน้า	จมูกบวมแดง
.....กลิ่นสารเคมี	กระวนกระวาย	พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องบ่อย	สับสน	แผลรอยฉีดยา (มักพบบริเวณเส้นเลือดดำ)
.....อื่นๆ (โปรดบรรยาย)	ตื่นเต้น	พูดเร็วผิดปกติ	ตาหิ่ปรือ	เหงื่อแตก
สภาพร่างกาย	ก้าวร้าว	พูดซ้ำผิดปกติ	เสียงแหบต่ำ	ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
.....ปกติ	เมินเฉยไม่สนใจ	พูดไม่รู้เรื่อง	ตัวสั่น	เสพยา
.....แดงกำ	ขาดความยับยั้งชั่งใจ	พูดซ้ำๆ	กัดฟัน	พบเม็ดยา
.....ซีด	ไม่สามารถบอก เวลา สถานที่ หรือ บุคคล ที่สนทนาด้วยได้		แรงกล้ามเนื้อปกติ	พบขวดยา (vial)
.....อื่นๆ (บรรยาย)	เชื่องซึม		แรงกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง	พบเข็มฉีดยา
ลักษณะโดยทั่วไป	สับสนวุ่นวาย		แรงกล้ามเนื้ออ่อนแอ	พบอุปกรณ์
.....สะอาดปกติ	เห็นภาพหลอน			
.....เป็นระเบียบ เรียบร้อย				
.....เปื้อนเลือด	สูญเสียความทรงจำ			
.....เปื้อนอาเจียน	อารมณ์เปลี่ยนไปมา อย่างรวดเร็ว			
.....เปื้อนปัสสาวะ	สุภาพ			
ลักษณะดวงตา	รู้สึกต่อต้าน			
.....ปกติ	มีนงง หมดสติ			
.....ตาณะ	ให้ความร่วมมือดี			
.....ตาแดง	หัวเราะอารมณ์ดี			
.....มีเลือดออกบริเวณ ตาขาว	ดูถูกดูแคลน เสียดสี			
	โต้เถียงตลอดเวลา			



Event ID.....

Personal ID.....

(EMS3) แบบสอบสวนการบาดเจ็บเชิงลึกรายบุคคลผู้โดยสารมาบนรถพยาบาล

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ (1) ชาย..... (2) หญิง..... สัญชาติ (1) ไทย..... (2) อื่นๆ ระบุ.....
 ที่อยู่..... เบอร์โทร.....
 ประเภท (1) ผู้บริการทางการแพทย์ระบุ..... (2) ผู้ป่วย..... (3)ญาติระบุ..... (4) อื่นๆ ระบุ.....
 ความรุนแรงการบาดเจ็บ (1) เสียชีวิต..... (2) Admit..... (3) OPD case..... (4) ไม่บาดเจ็บ.....
 สถานที่เสียชีวิต (1) เสียชีวิตที่เกิดเหตุ..... (2) เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล..... (3) เสียชีวิตที่โรงพยาบาล.....
 นำส่งโรงพยาบาลโดย (1) ผู้ประสบเหตุ..... (2) เจ้าหน้าที่ตำรวจ..... (3) มูลนิธิ/อาสาสมัคร..... (4) หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน.....
 (5) หน่วยกู้ชีพขั้นสูง..... (6) ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์..... (7) อื่นๆ ระบุ.....

พฤติกรรมที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
มีเข็มขัดนิรภัย				
คาดเข็มขัดนิรภัย				
ถูกลมนิรภัยทำงาน				
เก็บตัวงอเข้าและยึดเกาะส่วนใดส่วนหนึ่ง				ระบุ
การนั่งเกินจำนวนโดยสาร				ระบุ
นั่งบริเวณอื่น				ระบุ
นั่งบริเวณห้องโดยสารที่ทรุดตัว				
นั่งบริเวณห้องโดยสารที่ยั๊บบ่น (จุดชนและปะทะ)				
นั่งบริเวณเก้าอี้โดยสารหลุดจากโครงสร้าง				
ลูกทำกิจกรรมอื่นๆ				ระบุ
มีวัสดุสิ่งของตกกระแทก				ระบุ
กระแทกกับผู้โดยสารอื่น				ระบุ
หลุดออกจากห้องโดยสาร				ระบุ
ดื่มสุรา (Alcohol Level.....)				
คาดเข็มขัดนิรภัย (เฉพาะรถยนต์)				
ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่				
หลับขณะเกิดเหตุ				
อุปกรณ์ภายในรถไม่ปลอดภัย				ระบุ
กำลังทำหัตถการขณะรถวิ่ง				
อวัยวะสำคัญยื่นออกมานอกตัวรถ				



สาเหตุของการไม่คาดเข็มขัดคือ.....

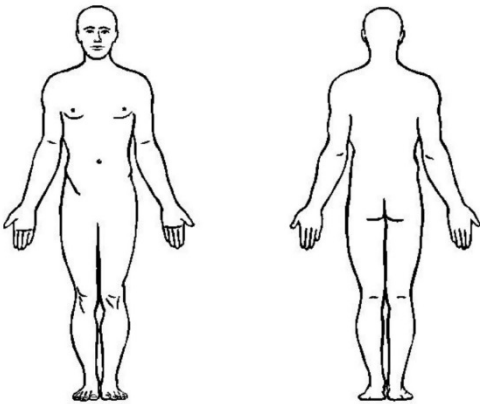
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและปัจจัยเพิ่มความรุนแรงอื่นๆ ระบุ.....

.....

.....

.....

ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ



ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

.....

.....

สาเหตุการตายและการบาดเจ็บ

ICD-code	AIS Name	BR	AIS	ISS	Aspect	Injury Source	Confidence	Rank

บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆ รอดชีวิต)

.....

.....

.....

ตำรวจเจ้าของคดี.....เบอร์โทร.....ผู้ให้ข้อมูล.....เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทร.....

พิมพ์ที่ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด สาขา 4

44/16-17 ถ.เลี้ยวเมืองนนทบุรี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2525 4807-9, 0 2525 4853-4 โทรสาร 0 2525 4855

E-mail : art.acft@gmail.com

www.co-opthai.com



นิรุตติ์ ไวยบุตร และคณะ

สำนักระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-13

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายสหสาขาทั่วประเทศ

