

**แบบฟอร์มสมัครหน่วยให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี**

**1. ข้อมูลหน่วยบริการ**

1. ชื่อหน่วยบริการ.............................................................................................................................................

ระดับสูง (ALS) ระดับกลาง (ILS) ระดับพื้นฐาน (BLS) ระดับต้น (FR)

2. ที่ตั้ง................................................................................................................................................................

3. เบอร์โทรศัพท์ประจำรถ (จำเป็นต้องมี)..........................................................................................................

4. คลื่นวิทยุสื่อสาร 155.775 MHz

5. หัวหน้าหน่วย

ชื่อ – สกุล (นาย/นาง/นางสาว)................................................................................อายุ................................ปี

ที่อยู่....................................................................................................................................................................

วุฒิการศึกษา......................................................................................................................................................

วิทยุสื่อสาร(ชนิด)........................................................เบอร์โทรศัพท์.................................................................

อาชีพปัจจุบัน..............................................................ตำแหน่ง………………........................................................

สถานที่ทำงาน....................................................................................................................................................

(ลงชื่อ).....................................................

(…................................................)

(ตำแหน่ง)…....................................................................

(วันที่)….......................................

**2. พื้นที่รับผิดชอบ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | สถานที่ตั้ง | พื้นที่รับผิดชอบ | ครอบคลุมประชากร(คน) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. ข้อมูลบุคลากร**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รหัสบุคคล | | | การอบรม (EMR/EMT) | | รหัส  (สสจ. ออกให้) |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง (EMR/EMT/อื่นๆ) | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4. ข้อมูลรถให้บริการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รถคันที่ | ข้อมูลรถบริการ | การสื่อสาร | พื้นที่รับผิดชอบ (เส้นทาง) |
|  | ยี่ห้อ………………..  หมายเลข............................... |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**5.แผนที่แสดงจุดที่จอดรถ (เส้นทางคมนาคม)**

**ขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพจังหวัดอุบลราชธานี**

หลักฐานเกี่ยวกับหน่วยกู้ชีพ

1. หนังสือส่งออกจากหน่วยงานของท่าน

2. แบบฟอร์มการขอขึ้นทะเบียนหน่วย

3. สำเนาคู่มือรถประจำหน่วยบริการ

4. หมายเลขโทรศัพท์ประจำรถ

5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ที่ลงนามรับรอง

6. สำเนาเอกสารจดทะเบียนนิติบุคคล/สำเนาหนังสือยกเว้นภาษี (กรณีสมาคม/มูลนิธิ/โรงพยาบาลเอกชน)

7. หนังสือขออนุญาตปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่หน่วยงาน อปท.ในพื้นที่ รับรอง/อนุญาต (กรณีสมาคม/มูลนิธิ)

หลักฐานของบุคลากร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2. สำเนาใบรับรองการผ่านการอบรม (ที่ สสจ./สพฉ. ออกให้)

**หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 3 ประเภท**

1. หน่วยบริการระดับเบื้องต้น (First Responder = FR) ประกอบด้วย

\* บุคลากรอย่างน้อย 6 คน และปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 คนต่อเวร

1. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่จดทะเบียน 2 คน

2. พนักงานขับรถ

\* รถพยาบาลระดับ 1

2. หน่วยบริการระดับขั้นพื้นฐาน (Basic Lift Support = BLS) ประกอบด้วย

\* บุคลากรอย่างน้อย 6 คน และปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 คนต่อเวร

1. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่จดทะเบียน 2 คน

2. พนักงานขับรถ

\* รถพยาบาลระดับ 1 ขึ้นไป

3. หน่วยบริการระดับสูง (Advanced Lift Support = ALS) ประกอบด้วย

\* บุคลากรอย่างน้อย 3 คน และปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 คนต่อเวร

1. พยาบาลที่จดทะเบียน

2. เจ้าพนักงานกู้ชีพ (EMT) ที่จดทะเบียน หรือพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่จดทะเบียน

3. พนักงานขับรถที่ผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่จดทะเบียน

\* รถพยาบาล ระดับ 3 หรือ ระดับ 2

เรื่องจัดทำรายงาน/การประเมินผล

ขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection)

เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)

2.1 รับแจ้งทาง 1669

2.2 รับแจ้งทางระบบอื่น เช่น การติดต่อกับกู้ชีพโดยตรง หรือ ได้รับแจ้งจากตำรวจ

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)

ต้องมีการติดต่อประสานงานกับศูนย์สั่งการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care)

กรณีเกินขีดความสามารถต้องมีการประสานงานกับศูนย์สั่งการเสมอ

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนาส่ง (Care in transit)

ประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะ(ทุก 5,10,15, ... นาที)

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

มีการส่งต่ออาการและการดูแลระหว่างนาส่ง และกรณีผู้ป่วยอาการสาหัส ศูนย์จะทาหน้าที่ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้บาดเจ็บ

7. การรายงานผลการปฏิบัติงาน

รายงานภายใน 2 ชั่วโมง หลังบันทึกเอกสารในแบบฟอร์มเรียบร้อย ถ้าข้ามเวร พิจารณา OFF CASE

การเขียนบันทึกรายงาน (FR = สีฟ้า)

ถ้าบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มครบถ้วน จะสามารถรายงานผลการปฏิบัติงานกับศูนย์ได้อย่างเป็นระบบ

การส่งรายงาน ให้รวบรวมส่งภายในวันที่ 21 -25 ของทุกเดือน

ขั้นตอนการรายงานผลการปฏิบัติงานเพื่อขอเลขปฏิบัติงาน

1. สถานที่ออกรับเหตุ (สถานที่จริง)

2. ข้อมูลเวลา

3. ชื่อผู้ป่วย อายุ HN อาการสำคัญ สัญญาณชีพ เลขบัตรประชาชน และการดูแลระหว่างนาส่ง

4. นำส่งโรงพยาบาล

5. รหัสผู้ออกเหตุ

6. ผลการรักษาเบื้องต้น ชื่อ และตำแหน่งผู้ประเมิน

7. ขอรับเลขปฏิบัติการจากศูนย์