

แบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บที่เข้าข่ายแมงกะพรุนพิษ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1.ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....HN.....BP.....Pulse.....RR.....

2.เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (หรืออีเมล)

3.ที่อยู่ติดต่อได้/โรงแรมที่พัก.....เบอร์โทร.....

4.วันที่เกิดเหตุ /..... /..... เวลา น. วันที่รับการรักษาที่ รพ. /..... /..... เวลา น.

5.สถานที่เกิดเหตุ (ชื่อทะเล/ชายหาด/รีสอร์ต)ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

6.ลักษณะแมงกะพรุนพิษที่โดน (สี/รูปร่าง/ขนาด/ชื่อเรียก)

7. วิธีการรักษาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล ราดน้ำส้มสายชู นำหนวดพิษออก อื่น ๆ (ระบุ)

8. อาการ ปวดบริเวณแผล ปวดร้าวไปหัวใจ คัน ปวดกล้ามเนื้อทั่วตัว แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก
 รู้สึกว่ากำลังจะตาย หหมดสติ อาการอื่น ๆ (ระบุ)

9.แผล มีร่องรอยจากแมงกะพรุน ผื่นแดง รอยไหม้ บวม อื่น ๆ (ระบุ)

10.ตำแหน่งที่โดน คิดเป็นพื้นที่ผิว %

11.การรักษา ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสังเกตอาการ ผู้ป่วยใน ผู้เสียชีวิต

รายละเอียดการรักษา

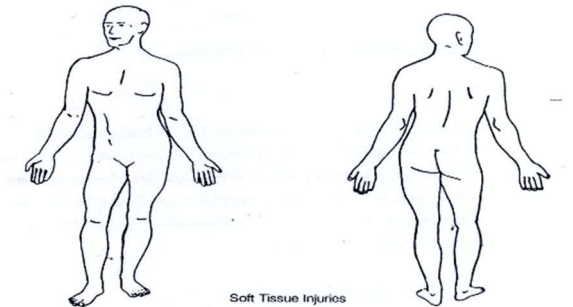
.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก ที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....(แจ้งเจ้าหน้าที่ระบาศของรพ.ทันที)



ส่งแบบบันทึกที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตรับผิดชอบ หรือสำนักกระบาดวิทยา

โทรสาร 02-5901895 หรือ investgroup.boe@gmail.com

หรือ Line-ID ของสำนักกระบาดวิทยาที่เป็นสมาชิกในเครือข่ายแมงกะพรุนพิษจังหวัด