

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่โดนแมงกะพรุนพิษอย่างละเอียด

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....HN.....AN.....

ชื่อ นายนาง/นางสาว/.....นามสกุล.....เพศ ชาย หญิง

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (หรืออีเมล)

เป็นนักท่องเที่ยว เป็น ไม่เป็น

อาชีพ ทำงานเกี่ยวข้องกับทะเล(ระบุ) ไม่ได้ทำงานเกี่ยวข้องกับทะเล(ระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน/โรงแรมที่พัก

วันที่เกิดเหตุ/...../.....เวลา.....น.วันที่รับการรักษาที่...../...../.....เวลา.....น.

ชื่อชายหาดและบริเวณที่เกิดเหตุ (เช่น ภูเก็ตรีสอร์ทหาด)

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกิดเหตุห่างจากชายฝั่งประมาณ.....เมตร ที่ระดับความลึกน้ำทะเลลึกประมาณ.....เมตร

ชื่อแมงกะพรุนพิษที่สงสัย.....

ลักษณะ สี ใส น้ำตาล ขาว ฟ้ำ อื่น ๆ (ระบุ).....

รูปร่าง กลม สี่เหลี่ยม มีคล้ายฟองอากาศด้านบนตัวเท่านี้วโป่ง อื่น ๆ (ระบุ).....

รัศมีความกว้างของแมงกะพรุน.....เซนติเมตร

มีหนวด ออกมาตรงกลางตัว 1 เส้น ใหญ่กว่าเส้นอื่นอย่างชัดเจน

ออกมาตรงกลางตัวเป็นพวงหลายเส้น

ออกมาตรงมุม มุมละ 1 เส้น เห็นชัดเจน 4 เส้น

ออกมาตรงมุม มุมละ 1 เส้น แล้วแตกแขนงเป็นเส้นเล็ก ๆ จำนวนมากเสื่อผ้าที่สวมขณะสัมผัส

แมงกะพรุน (เช่น ชูดวายน้ํา หรือกางเกงขาสั้น เสื่อแขนยาว)

กรุณาบรรยายเหตุการณ์

เหตุการณ์.....

อาการเรียงลำดับตามเวลา (เช่น หลังโดนกรีดร่องทันทีนานราว 1 นาที แล้ว หมดสติใน 2 นาที)

.....

.....

.....

ลักษณะบาดแผล

.....

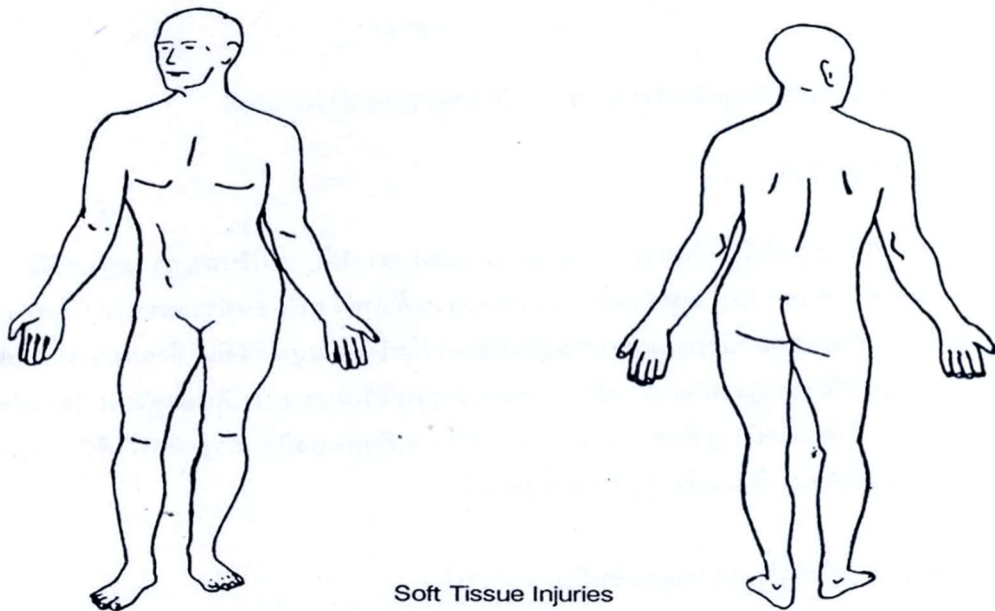
.....

.....

ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บและปริมาณ (ร้อยละของพื้นที่ผิวอวัยวะที่โดน โดยขาหรือแขนแต่ละข้างคิดเป็นพื้นที่ 100%)

คิดเป็นร้อยละ ของขาหรือแขนแต่ละข้าง รวมทั้งหมดร้อยละ

(ขออนุญาตผู้ป่วยถ่ายรูปลักษณะรอยแผลโดยใช้ เลือกลง Macro หรือ อัดโนมิตถ้าเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่ และขอลงนามยินยอมให้เผยแพร่)



การรักษาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล (บรรยายลำดับก่อนหลังของการรักษาแต่ละอย่างที่ได้รับ)

.....
.....

Vital Signs แรกรับ BP.....PR.....RR.....ระดับความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี หหมดสติ

การรักษาที่โรงพยาบาล (กรุณาระบุรายละเอียดการรักษา)

วันที่รักษา	รายละเอียดการรักษา

การวินิจฉัย.....

- ภาวะแทรกซ้อน
- 1. รอยแผลเป็น มี ไม่มี
 - 2. แผลติดเชื้อ มี ไม่มี
 - 3. อวัยวะส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง มี ไม่มี
 - 4. Compartment syndrome มี ไม่มี
 - 5. อื่น ๆ (ระบุ)

นอนรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ นอน.....วัน ไม่นอน

สถานะขณะจำหน่าย ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น ส่งต่อ (ระบุชื่อ รพ.)
 ตาย อื่น ๆ (ระบุ)

ผู้บันทึก.....ที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ส่งแบบบันทึกที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตรับผิดชอบ หรือสำนักระบาดวิทยา
โทรสาร 02-5901895 หรือ investgroup.boe@gmail.com
หรือ Line-ID ของสำนักระบาดวิทยาที่เป็นสมาชิกในเครือข่ายแมงกะพรุนพิษจังหวัด