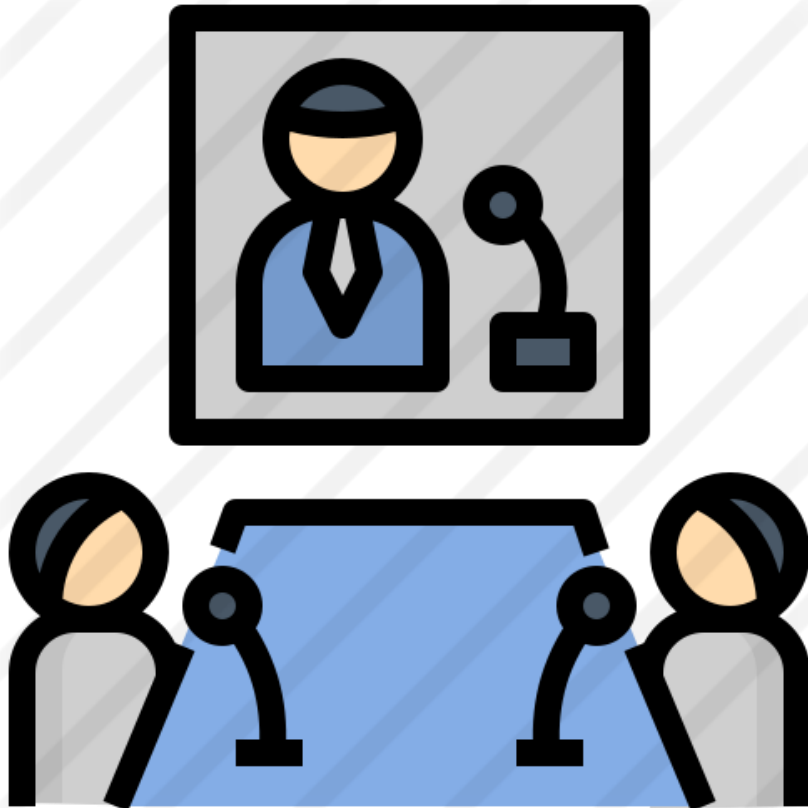
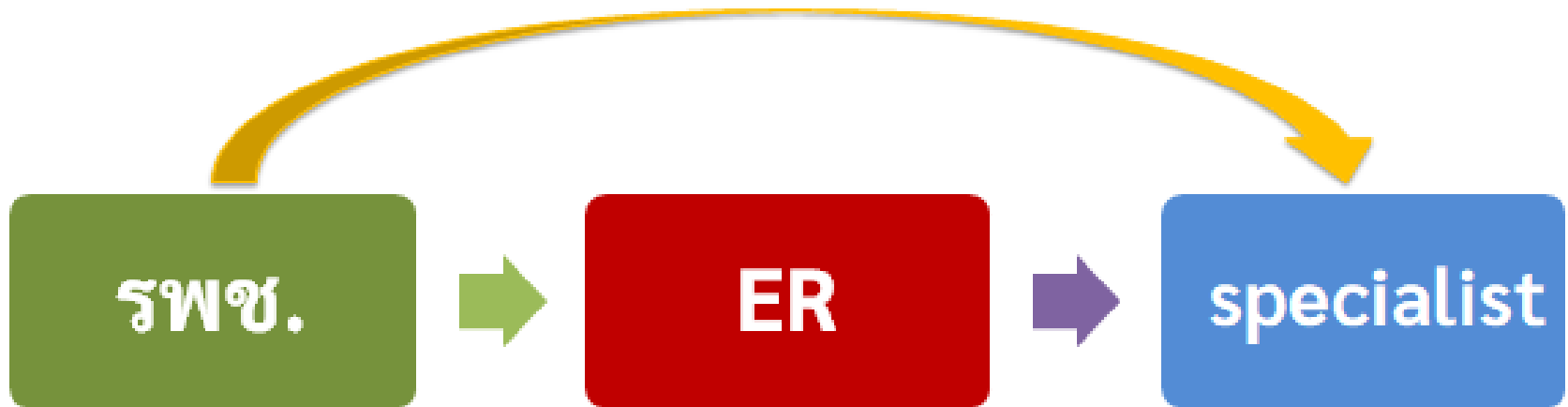


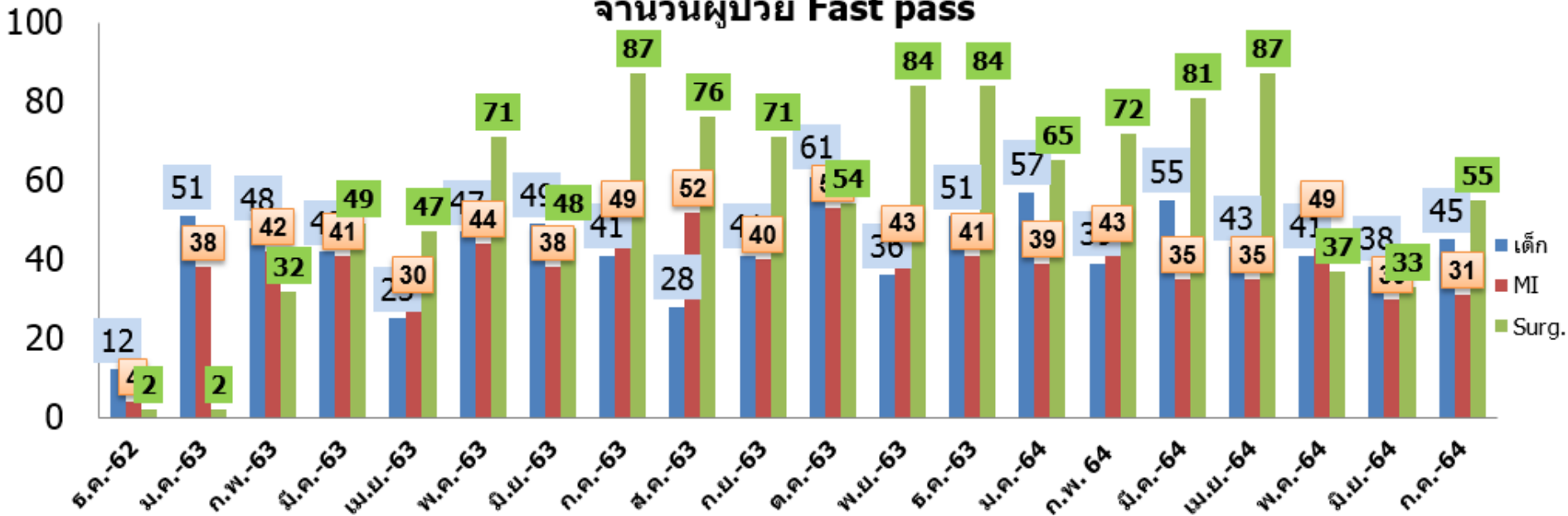
# ประชุมพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงราย 13/8/64



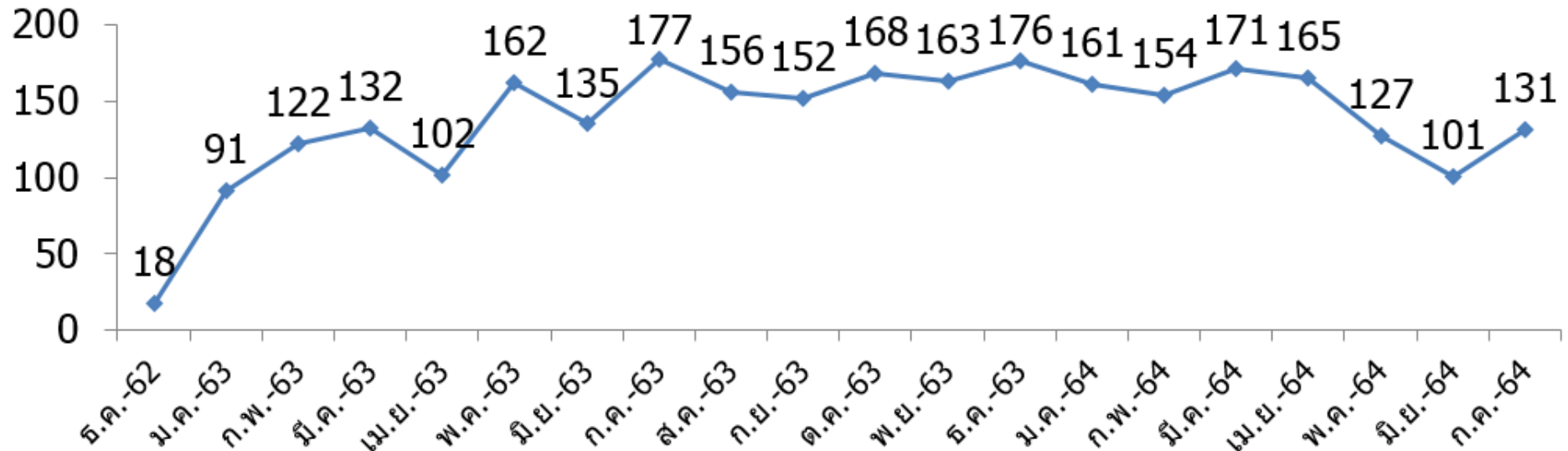
# Fast Pass



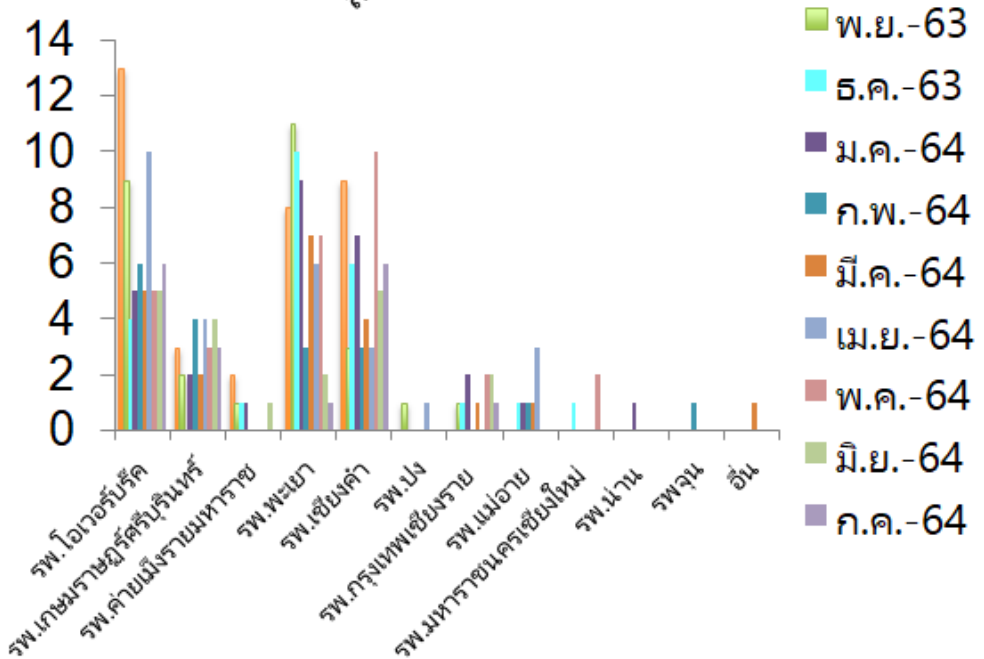
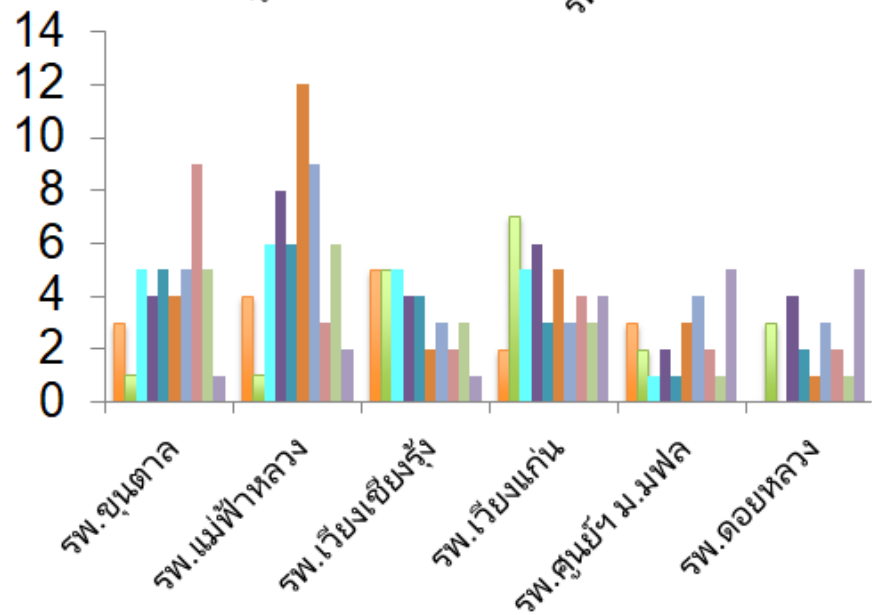
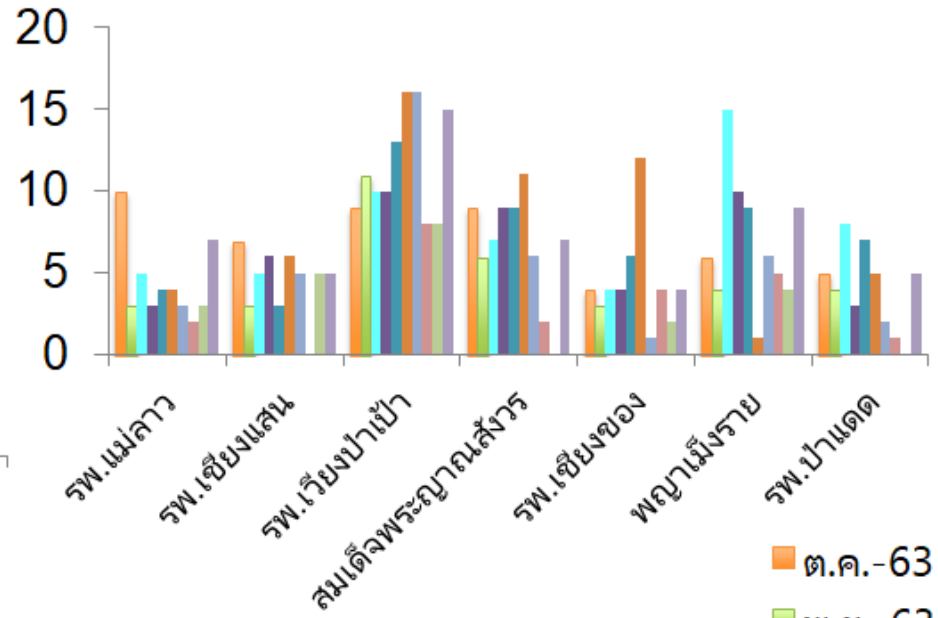
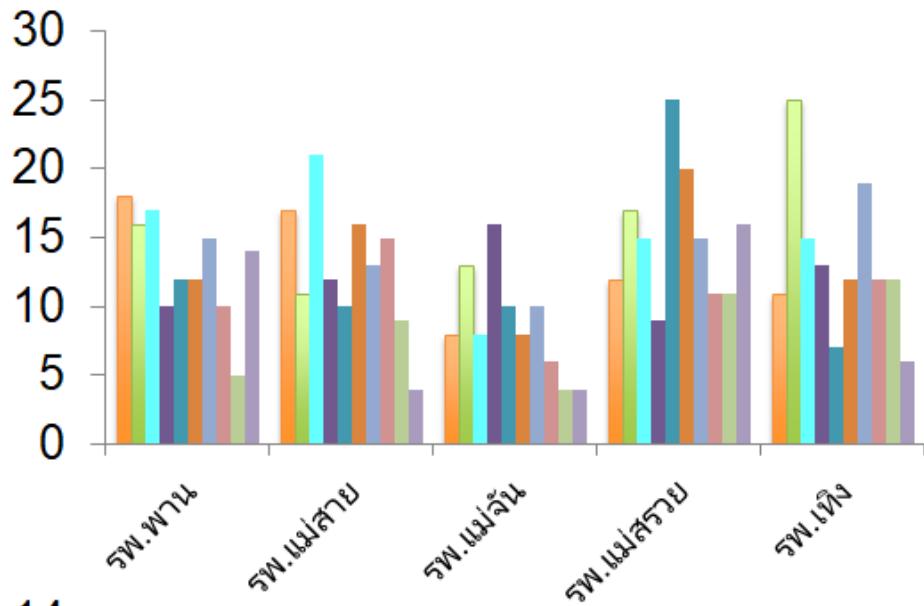
### จำนวนผู้ป่วย Fast pass



### ลด ER overcrowding ก.ค. 64 จำนวน 131 ราย

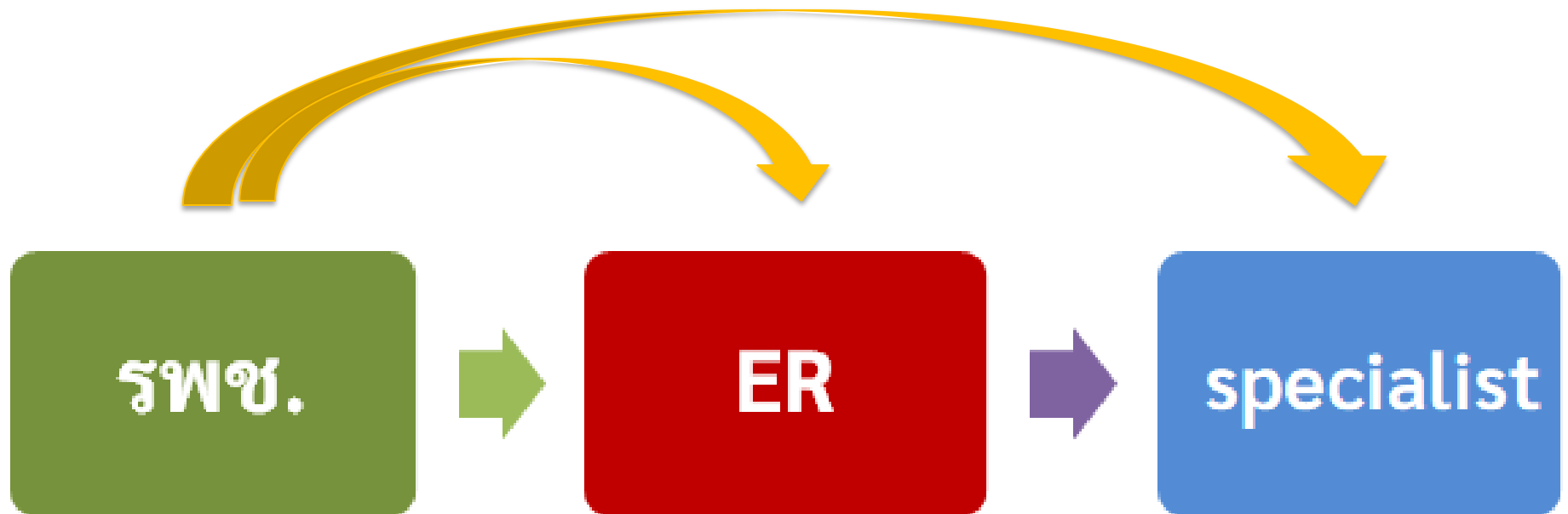


## ยอดผู้ป่วยFast Pass จำแนกชายรพ. ด.ค.63 – ก.ค. 64

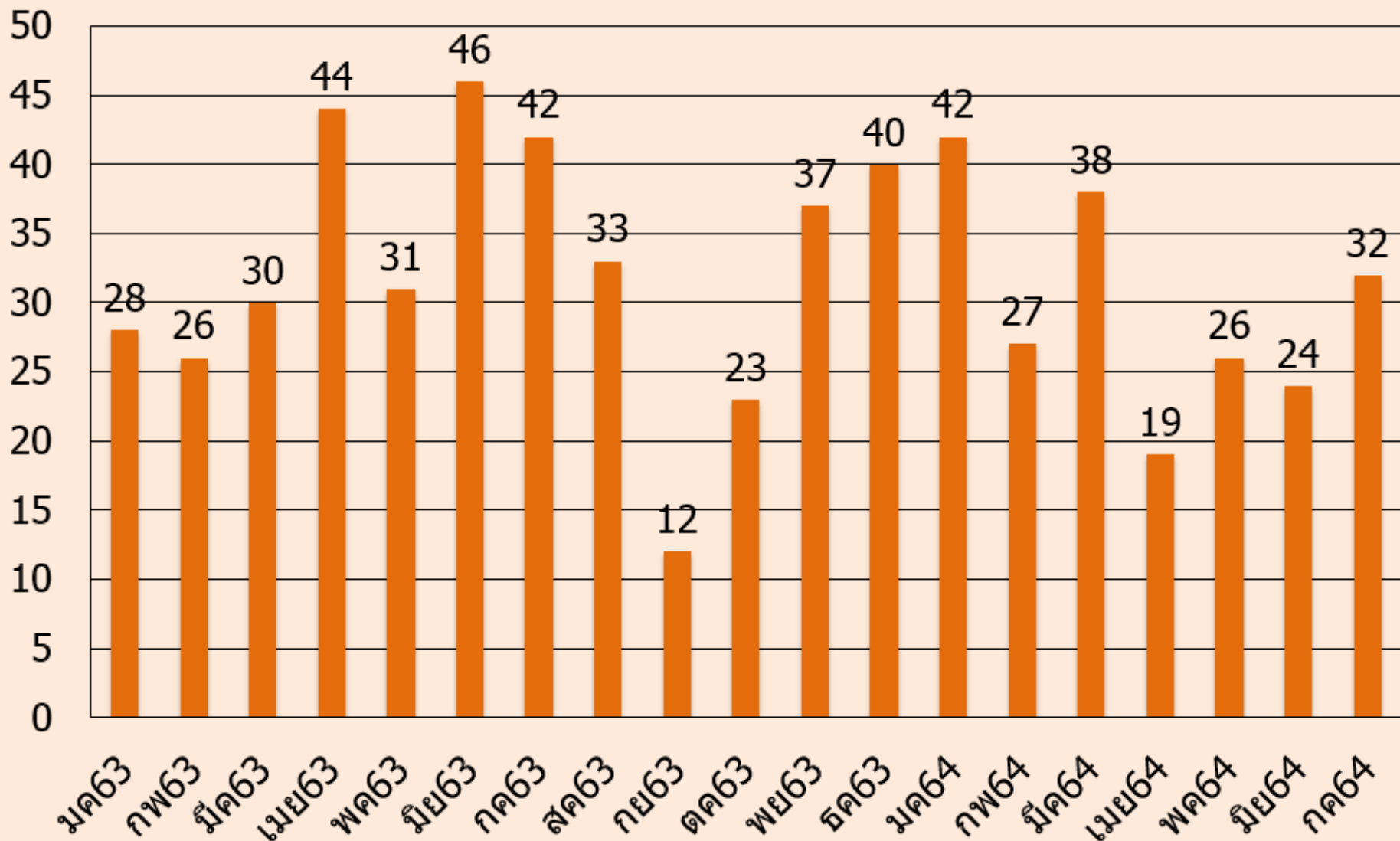


- ด.ค.-63
- พ.ย.-63
- ธ.ค.-63
- ม.ค.-64
- ก.พ.-64
- มี.ค.-64
- เม.ย.-64
- พ.ค.-64
- มิ.ย.-64
- ก.ค.-64

# Refer in

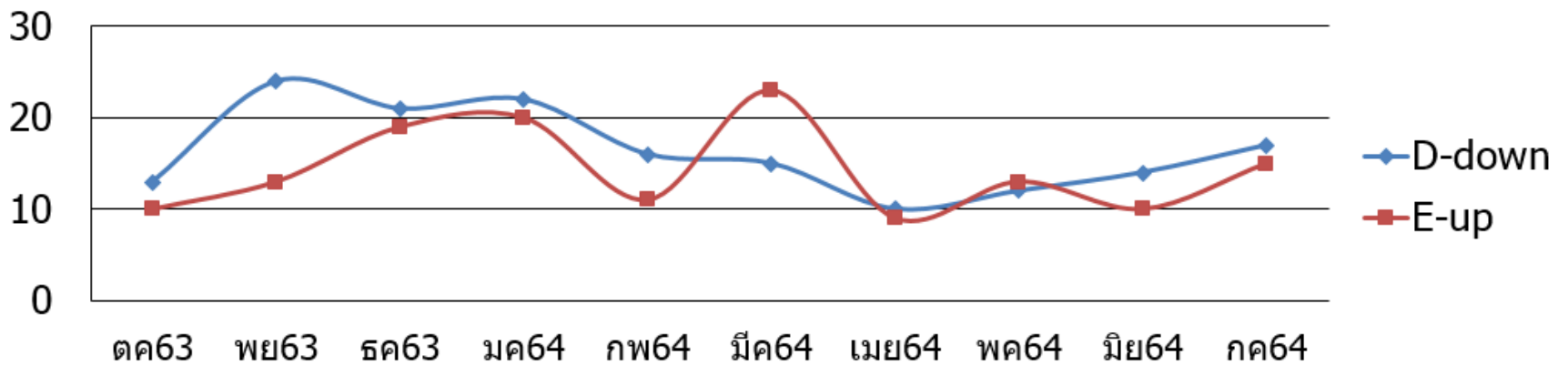
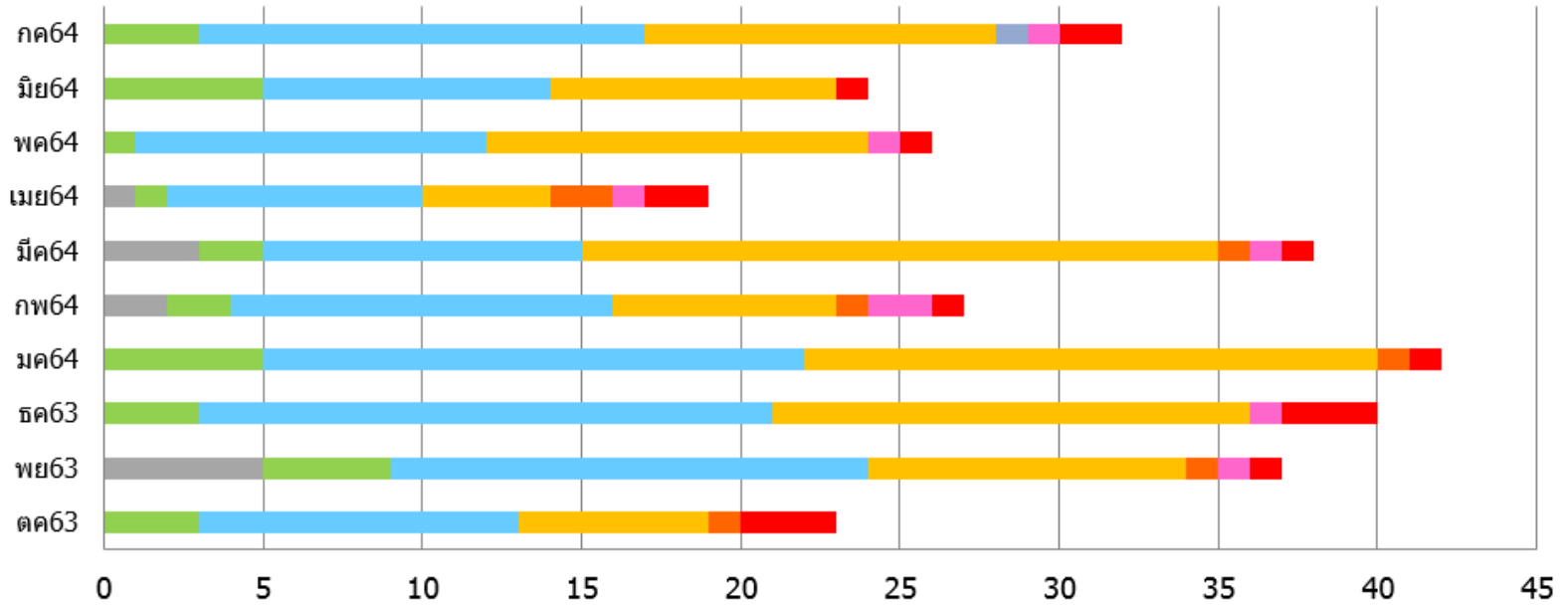


## จำนวนความเสี่ยง/อุบัติเหตุ Refer in

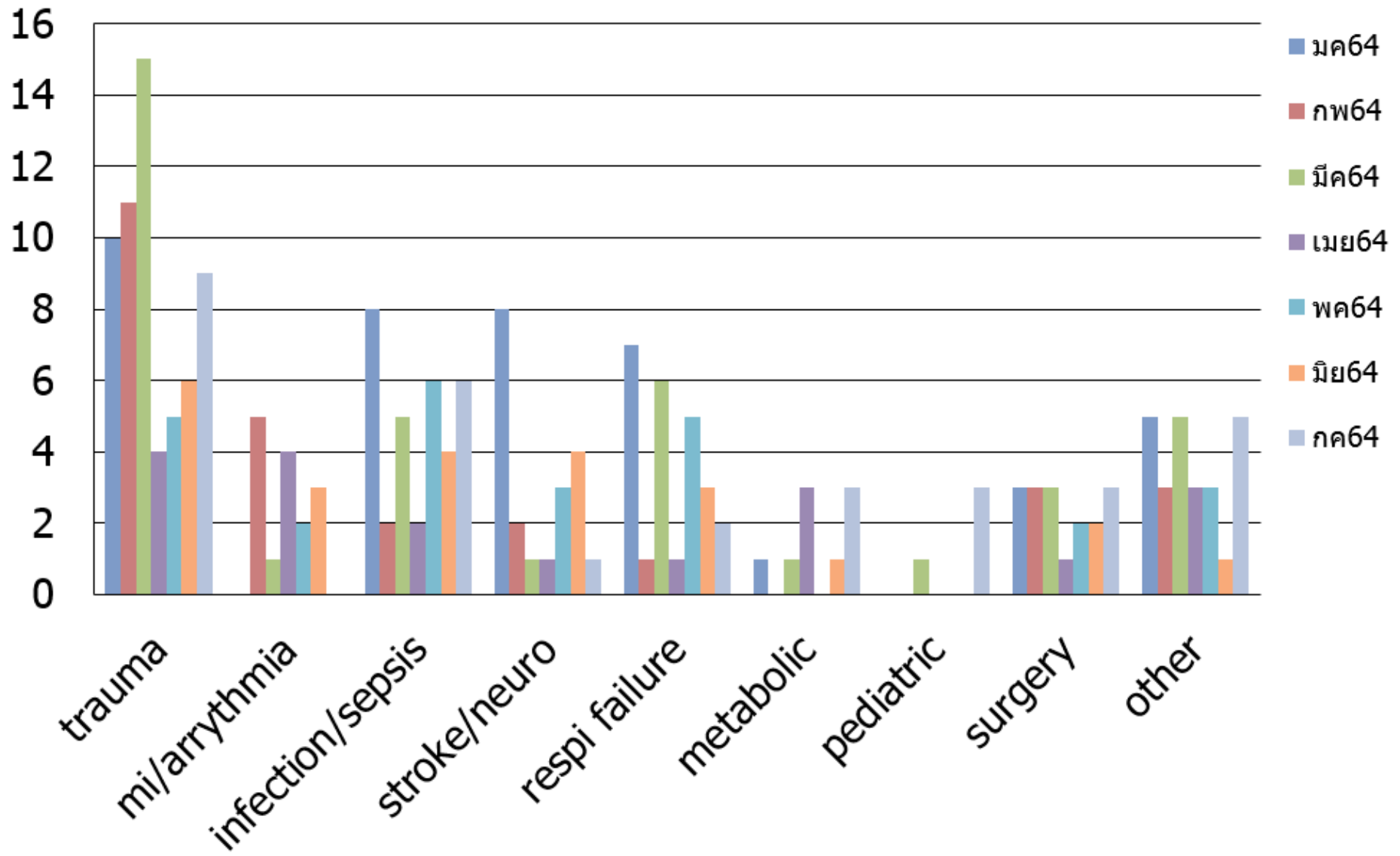


# ระดับความเสี่ยง/อุบัติเหตุ Refer in

■ น้อย ■ ปานกลาง ■ C ■ D ■ E ■ F ■ G ■ H ■ I

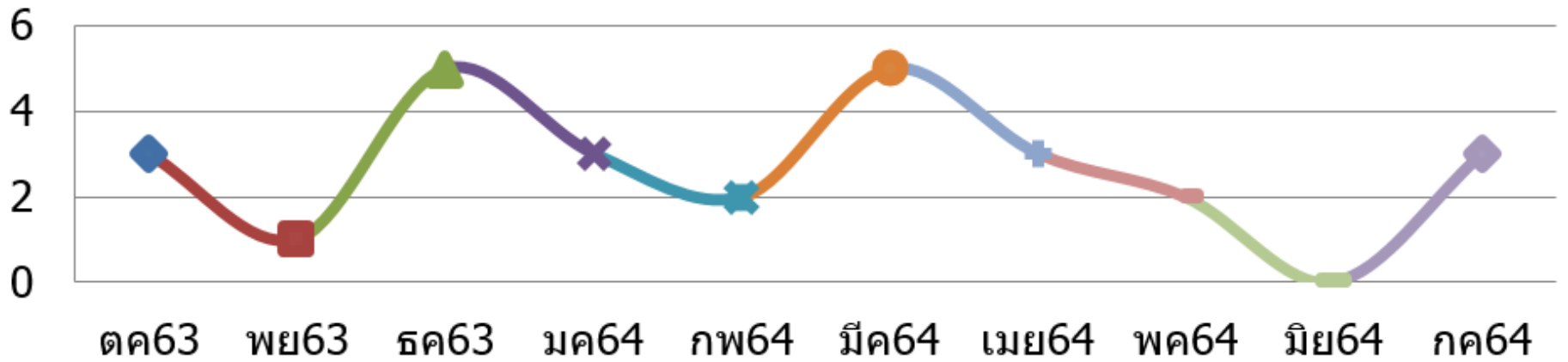


# ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ Refer in

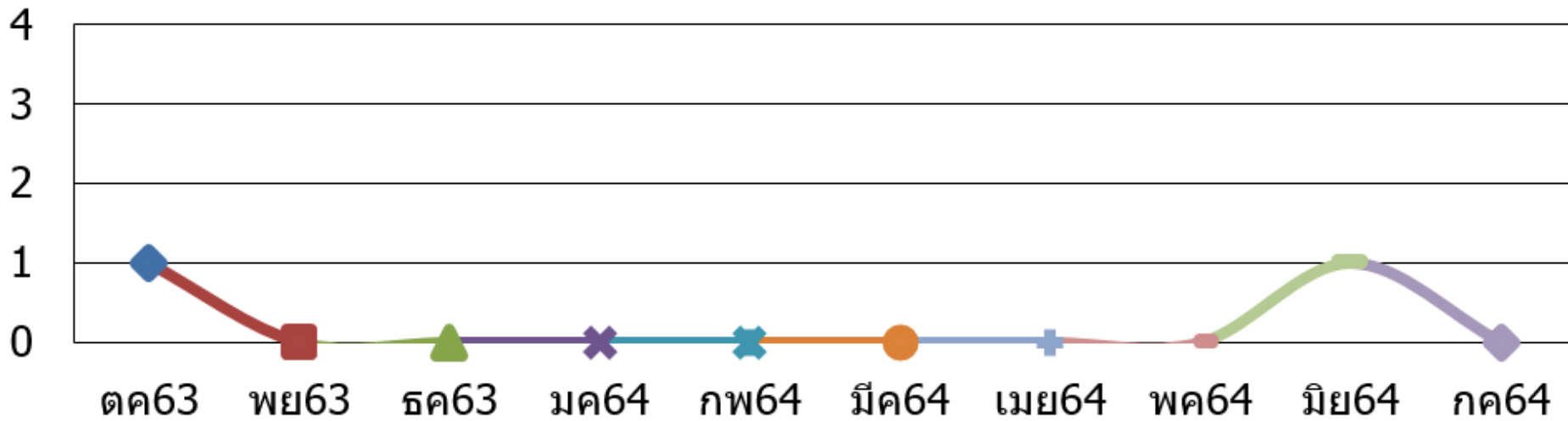




## film มาก/น้อยเกินไป



## Undetected cardiac arrest



# Male 44 yr

มาสุราขับ MC ขวรถทำอาบ ญาติไม่ทันบอก...  
Fast neg at 22.27 , Severe I.W at Rt head, Reaction: Rt I-V4M5 Pupil Rt4mm , Lt2mm CXR: no Fx rib, Film skull No Fx, consult พ เอกพจน์รับ

ทราบผล, ....

Vital signs :E- V- M- Pupil (mm)- Pupil (mm)- T:- C PR:- /min RR:- /min BP:/ mmHg SpO2:- %

- 4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
- 5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น **severe head injury**
- 6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

21.45 / Acetm 1000 ml (V) 100 ml /  
+ NPO - DTR 136 wj%  
+ send COVID + CBC, TUN, G, i  
+ irrigate wound 2000 ml

Memo เพิ่มเติม:

- Severe head injury Film มากเกินไป
- ไม่ควรบันทึกว่า มาสุรา

# จากการทบทวน death in 24 hr มีย64 Male 76 yr

CC: ไม่รู้สึกตัว, PI: 15 min ก่อน ขับMC ชนรถเก๋ง ไม่รู้สึกตัว กู้ภัยรีบนำส่งรพ., PE: PE: Primary survey, A:

Bleeding per mouth , B: Equal BS , no sub.cu.emphysema, C: BP 64/48 mmHg ,PR140/mim with active bleeding

at Rt.ankle and Scalp, D: E1V2M1, pupill Rt.5 mm Lt.1 mm, non react to light, E: LW c active bleeding at

forehead , deformity Rt,hip and shortening Rt.leg , LW c active bleeding at Rt.ankle, -FAST : negative, -On ETT

no 7.5 mark 22, -Suction , Philadelphia collar and Long leg splint Rt., -NSS iv load รวม 800 ml , BP Ps 50

mmHg , Pd วัดไม่ได้ , IV load เพิ่มจนครบ 2 L, BP 69/42 PR 106bpm , ตาม PRC มาให้ 1 U Emergency, -

FilmCXR: no fx, no hemopneumothorax,, -Film Pelvis : Fx Rt.intertroch , Film Rt.ankle: Bimalleolar fx

Vital signs :E1 VTMI Pupil ขว5 Pupil ซ้าย:1 T:- C PR:- /min RR:- /min BP:/ mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น Severe head injury with opened fx Rt.ankle with Cfx Rt.intertroch c hemorrhagic shock

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

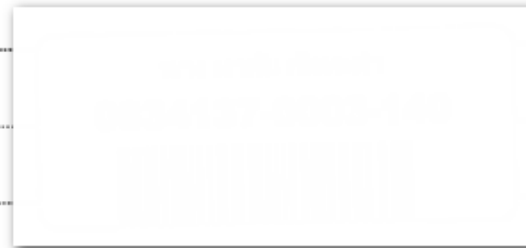
On ETT no 7.5 mark 22, -Suction , Philadelphia collar and Long leg splint Rt., -NSS iv load รวม 800 ml , BP Ps 50 mmHg , Pd วัดไม่ได้ , IV load เพิ่มจนครบ 2 L, BP 69/42 PR 106bpm , ตาม PRC มาให้ 1 U Emergency, -

FilmCXR: no fx, no hemopneumothorax,, -Film Pelvis : Fx Rt.intertroch , -Film Rt.ankle : Bimalleolar fx

Rt.ankle, Transamine 1 gm IV, Cefazolin 1 gm IV, Retain Foley's cath c bag, Levophed 4 mg+D5W100ml iv 3

-40 ml/hr Swab covid

case female age 48 yrs.no U/D, CC: อุบัติเหตุเรียกไม่รู้สีกตัว, PI: 50 นาทีก่อนมา ถูกยให้ประวัติ ผู้ป่วยชื่อ MC ชนสุนัข มีศีรษะวมโน มีแผลตาซ้าย ตา  
ซ้ายวมโน ซีมพูดเสียงอ้ออา แขนขาไม่มีวมคิรูป ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ไม่ทราบประวัติสลบ ถูกยนำส่ง รพ. ไม่ทราบประวัติดื่มสุรา แต่มีกลิ่น SpO2  
แรกรับ 89-90% , PE: GA: comatous, HEENT: left eye swelling with left head ecchymosis size 10 cm and laceration wound at left eye , Chest: breath  
sound, clear equal both lung, ABD: no ecchymois Fast negative , neuro: E1 V1 M5 pupil RTLB 3 mm, motor power left side 0/0 right side 4/4 ,



Vital signs: E- V- M- Pupil ขวา:- Pupil ซ้าย:- T:- C PR:- /min RR:- /min BP:/ mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น severe head injury

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

Mx: on ETT No 6.5 cm mark 20 cm ขณะ on ผู้ป่วย agitatio จึงได้ Valium 10 mg iv stat , consult Neuro Sx รับ

Refer , On NSS rate 80 ml/hr , CXR: proper ETT not adequate inspiration +- infiltration จึง swab covid 19 พร้อม

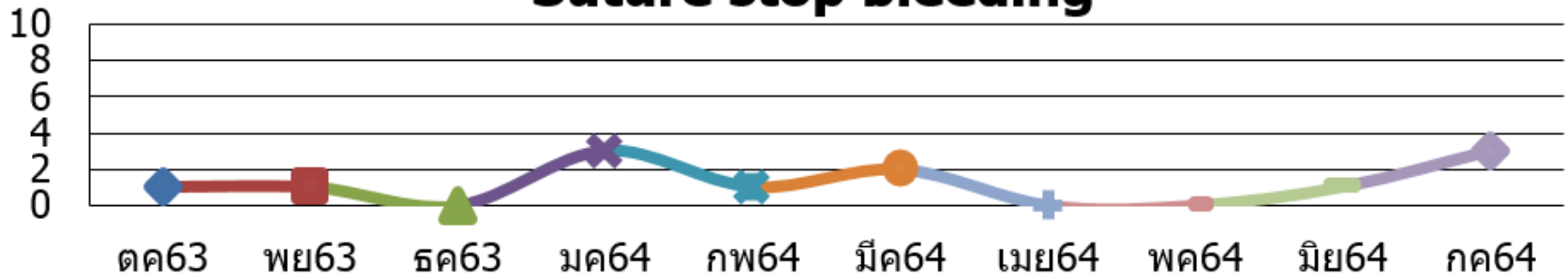
ผู้ป่วย

ประเด็น

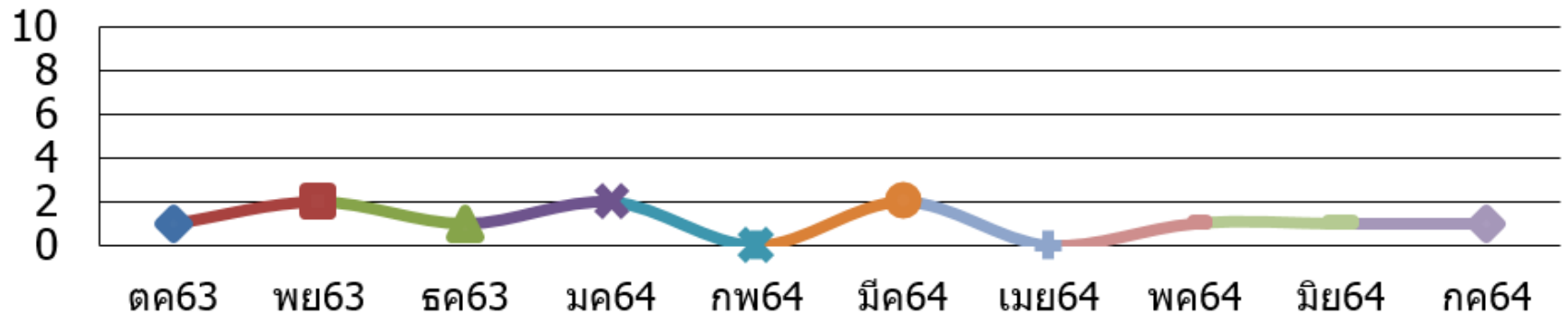
1. ไม่มี V/S

2. ไม่มี film pelvis

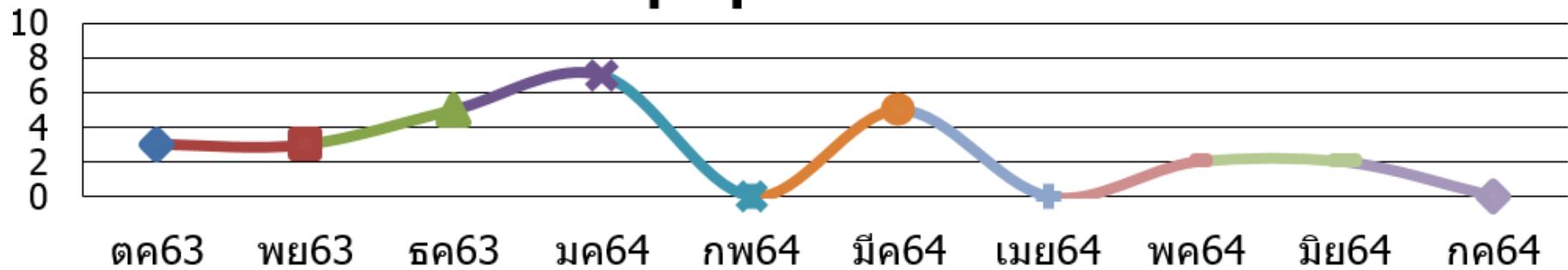
## Suture stop bleeding



## C spine protection



## Improper ET tube



case ผู้ป่วย 67 ปี U/D DM ,HT,IHD ญาติให้ประวัติ 30 นาทีก่อนมา เรียกไม่รู้สีกตัว จึงเรียก EMS ออกรับ ณ.สำนักสงฆ์ EIVIMI DTX=218 mg% on 0.9%NSS 1,000 ml IV. last well seen 21/7/64 19.30 น, PH: 3 วัน สิ้นสั้ม มีแผลที่ศีรษะ เจ็บหน้าอกด้านซ้าย ไม่สอบจับเหตุการณได้ จึงมารพ. อมาได้อัน มา 3 เมื่อขการไม่ทุเลา >>Dx CFX rib left 5-6 + contusion of scalp, PE: V/S T 36.9 BP 147/82 P 92 RR 20, EIVIMI pupil 4 mm Fixed

Vital signs :E- VTM- Pupil ขวา:- Pupil ซ้าย:- T:36.9 C PR:92 /min RR:20 /min BP:147/82 mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น Alteration of conscious R/O ICH

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

on Endotracheal tube No.7.5 mark 20, CXR, NSS IV 80 cc/hr, Lab ดังแนบ, retain foley cath, Swab Covid

Memo เพิ่มเติม:

DTX. 218 ✓

at ER CRH พบเลือดซึม spinal board บริเวณศีรษะ ตรวจพบ LW 1 cm \* 3  
แผล active bleeding  
ประเด็น ไม่ได้ suture stop bleed

~ 15.00

male 61 yrs old, U/D: Pancytopenia suspected MDS มี F/U CRH, alcoholic cirrhosis, CC ; สลบไม่รู้ตัว 30 min PTA , ญาติให้ Hx ถิ่นดื่มสุราระยะแตก  
ฟัน สลบ ปลุกไม่ตื่น มีบาดแผลเลือดไหลที่ศีรษะ ไม่อาเจียน ไม่มีชักกระตุก ไม่เห็นว่ามีชก ญาติส่ง รพ., PE , Primary survey : A - on ETT , B - lung clear  
both lung, C : BP 78/59 D : E1 V1 M1, pupil Rt 3 mm Lt 4 mm RTLBE, deviate to the left, on ETT no 7 mark 22, FAST : negative, MX NSS 1000 ml  
IV load -> BP 111/72 mmHg, HEENT LW at occipital area size 3 cm, no bleeding, CXR : no Fx, proper ETT, Film pelvis : no Fx seen, ขอ refer for CT  
evaluation ครับ,

Vital signs : E1 V1 M1 Pupil ขวา 3 Pupil ซ้าย 4 T: 37 C PR: 114/min RR: 20 /min BP: 78/59 mmHg SpO2: 100 %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น severe head injury

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

NSS 1000 ml IV 100 ml/hr, swab covid-19, on ETT No 7 mark 22, retain NG foley cath

Memo เพิ่มเติม:

จากการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต เดือน มิย 64  
ประเด็น ไม่ได้เย็บแผลที่ศีรษะ

Male  
63 yr

case male unknown u/d , มารพ.ด้วยมีอาการอ่อนแรงขณะขึ้นต้นไม้ ต่อมาค้นไม้ at 10.30น., , PE: motor power gr 3 at Lt upper ext, Lt lower 1, motor power Rt 5 all, normal sensation, no facial palsy, no dysarthria, stiff neck neg, then consult med neuro พ.วัชร ใหั refer ได้ r/o stroke fast track

STROKE FAST TRACK

Vital signs : E- V- M- Pupil ขว: - Pupil ซาย: - T:- C PR:- /min RR:- /min BP:/ mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น R/O stroke fast track

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

Memo เพิ่มเติม:

1. นร 1000ml @ 30ml/h - FAH @ 10.30

- Refal Foley catheter - Euc

- 14b stroke fast

1000 Tramal 1amp @

PACS

at ER CRH อ่อนแรงแขน 2 ข้าง bicep tricep gr III both hand grip gr I both lower extremities Lt gr I Lt gr V

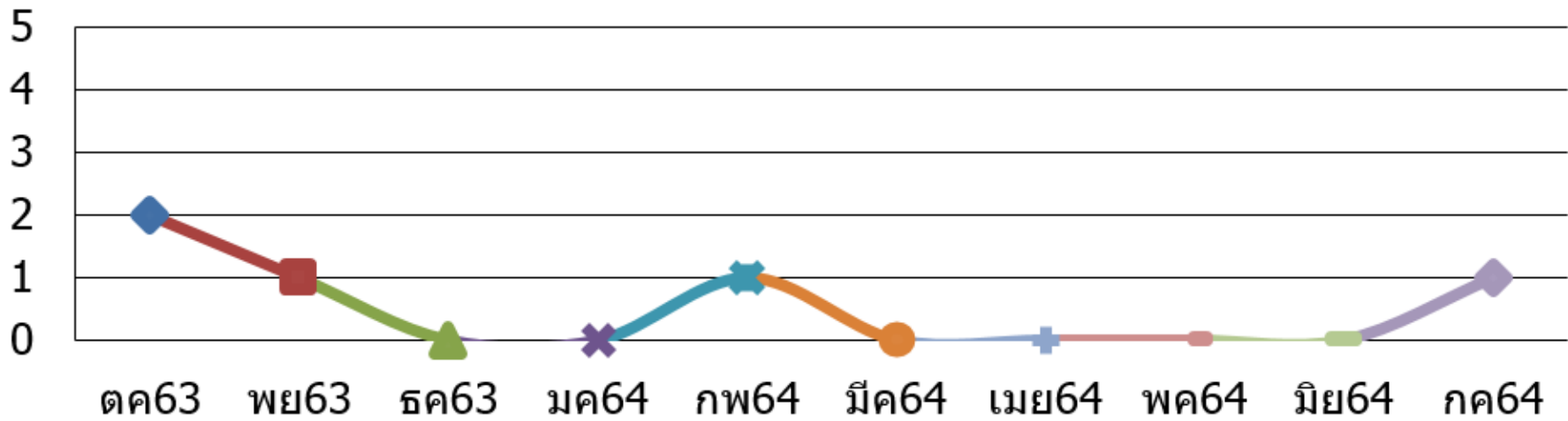
CT C spine Fx C5 body and spinous process

ประเด็น miss dx spinal cord injury ไม่ได้ on collar และได้ตรวจ stiff neck

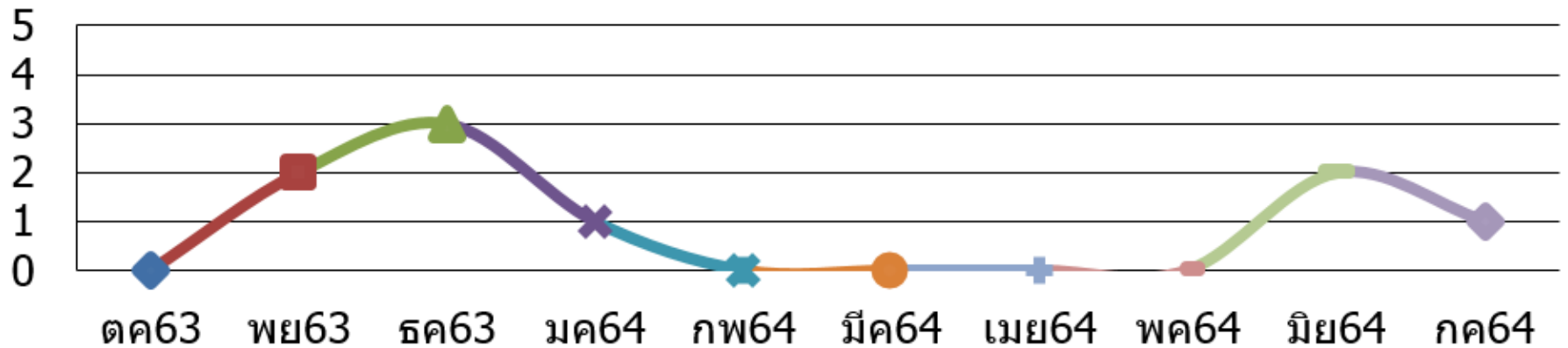




## ต่อเชื่อมกับ IV , injection plug



## Delay Stroke fast track



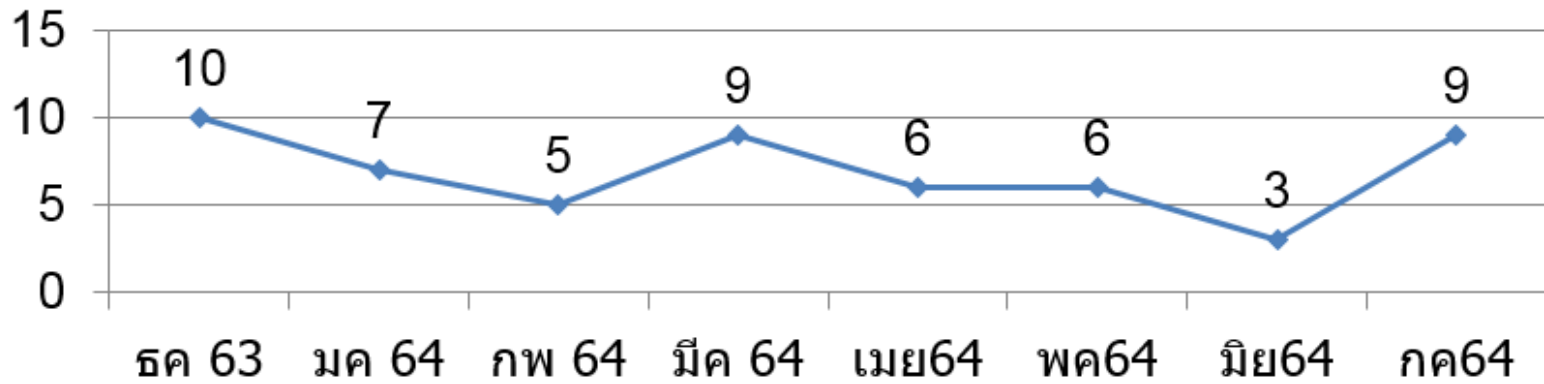


# Delay stroke fast track

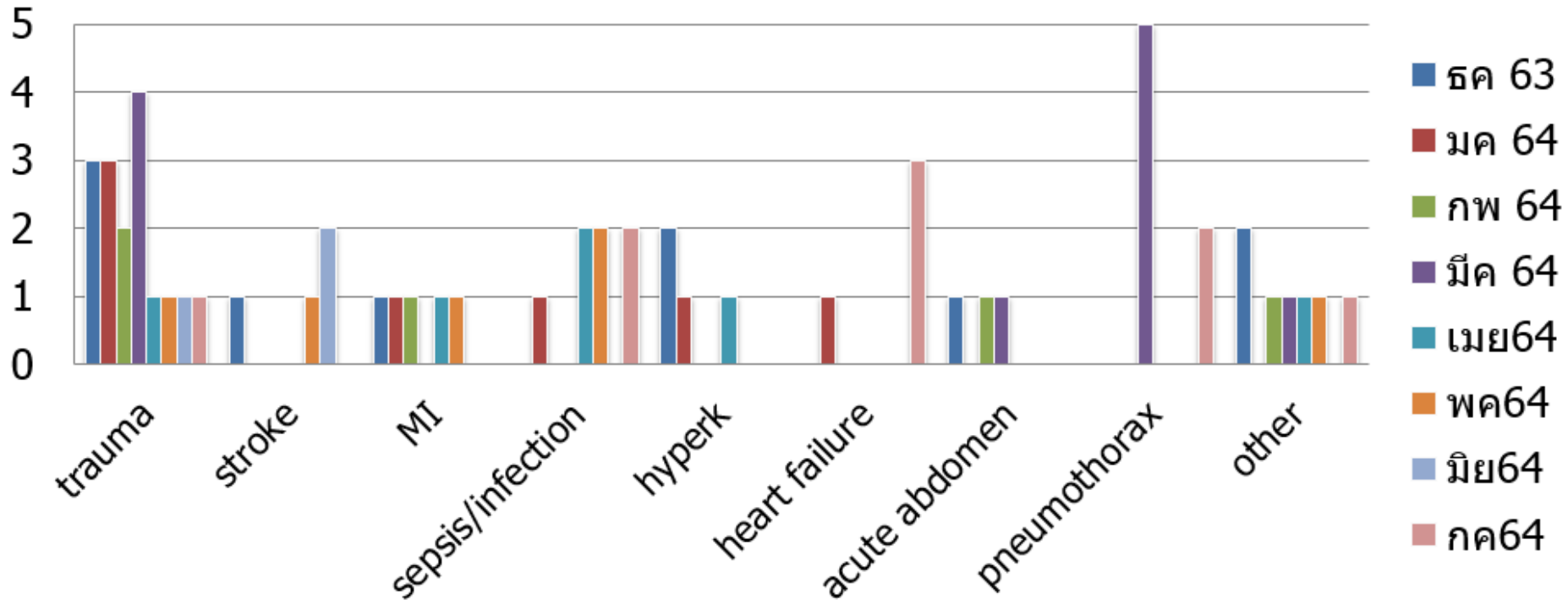
case female 62 yr ชักเกร็งกระตุก อ่อนแรง 2 hr  
refer stroke fast track 1st dx AF

ประเด็น 1. ไม่มีญาติมาด้วย พร้อมผู้ป่วย แจ้งว่าขับรถ  
ตามมา ผู้ป่วยสับสน UD mental restardation  
ตัดสินใจ rTPA ไม่ได้

## diagnostic error



## กลุ่มโรค Diagnostic error



male 77 yr ,U/D COPD HT , deny contact covid-19 , 2hrPTA หายใจเหนื่อย ไอเสมหะพอดิม ไม่มีไข้ , ไม่มีบวม  
ปัสสาวะปกติ , BP130/88 , PR134 RR 44 BT 36.7 **SpO2RA 57% RA** , GA : dyspnea , lung : poor air c mark  
retraction both , imp COPD AE with ARF on ETT at 7.55 plan admit                      หมดสติ admit pt arrest -> start  
CPR at 8.24 -> CPR x11 cycle ,EKG PEA x11 then ROSC , imp cardiac arrest suspected from hypoxia , consult  
med เชียงราย รับทราบเคส refer for propermx ค่ะ ขอขอบคุณค่ะ ↳ Pupil 5 mm fix , ETT 17 cm

Vital signs :E- V- M- Pupil ขวา:- Pupil ซ้าย:- T:36.7C PR:134/min RR:44/min BP:130/88 mmHg SpO2- %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น cardiac arrest suspected from hypoxia ; COPD AE & Acute respiratory failure

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

9.00 น.  
Dexa 8 mg IV , NSS 120 ml/hr , CBC BUN Cr Elyte VBG swab covid 19, DTX 140 , ETT 7 mark 22 , valium 10  
9.35 น.  
mg IV , 7.5%NaHCO3 100 ml IV push , adrenaline 2 mg IV x 5

Memo เพิ่มเติม:

cont ml : spiriva 1x

1. miss dx pneumothorax

2. Lab CBC WBC 18000 lactate 4.3 ไม่ได้ให้ ABO

R

PORTABLE



# Female 77 yr

no v/d, no herbal use, 2 วันเหนื่อยง่าย ตัวบวม หน้าบวม ปัสสาวะวันละ 1 ครั้ง ไม่ใช่ ไม่เจ็บอก ไม่อาเจียน/ถ่าย

เหลว, 2 ชม.(04.00) หายใจเหนื่อยมากขึ้น EMS

ออกรับ .O2 sat 50% RA .DTX 72 mg%, HEENT:

periorbital swelling, RS: crepitation BL, air-hunger, Ext: pitting edema 1 + both legs, no rash, Neuro: E4V3M6,

pupil 3 mm RTLBE, motor 5/5 all **EKG** NSR 73 bpm, no STT change, **CXR** marked cardiomegaly, Lt pleural

effusion, proper ETT, Imp: Denovo HF c acute RS failure -> Consult Staff Med CRH + Refer CRH ,

Vital signs :E- V- M- Pupilขวา- Pupilซ้าย- T:- C PR:78 /min RR:40/min BP:148/79 mmHg SpO2- %

4. ผลการตรวจขั้นสุดทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น Denovo HF c acute RS failure

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว

\*\*\*On ETT no 7.0, mark 20 cm, Lasix 20 mg iv, 50%Glucose 50 ml iv, on HL, Swab COVID-19

Memo เพิ่มเติม:

06.50  
08.10  
08.18  
08.50 - RI 10unit ⊕

08.10 - 10% calcium gluconate 10 ml ⊕

08.18 - 7.5% NaHCO<sub>3</sub> 50 ml ⊕

ทำแล้ว



# Female 72 yr refer Dx Denovo heart failure



- ไม่ได้บันทึกเรื่อง levophed
- at ER CRH US พบ massive pericardial effusion 1.5-3 cm R/o cardiac tamponade pericardiocentesis 130 ml

### 3. ประวัติการบวบบวม

Case 91y male, u/d DM, HT, CKD, ชัก (รักษา ชร), CC 30min PTA ไข้ ตัวเกร็ง, PI 2d PTA มีไอแห้ง ไม่ทราบ

ประวัติไข้ ทานได้น้อย อ่อนเพลียนอนมาก ไม่ถ่ายเหลวไม่อาเจียน ตื่นรู้เรื่อง (เดิมทำกิจวัตรได้), 30min PTA ญาติ

ให้ประวัติไข้ตัวเกร็งเหยียดทั้งแขนขา ตามองบน เป็นนานนาที หลังจากนั้นเรียกญาติ ไม่มีอาการปัสสาวะรด นำตัว

ส่ง รพ. At ER BP68/40 HR120 RR22 BT38.3 HEENT sunken eyes, Heart irregular, no murmur, Lung fine

crepitation RUL, Abd midline surgical scar flat abd, soft, Ext poor skin turgor. NS E4V5M6, stiff neck neg. IVC

collaps, CXR RUL+RML opacity. Approach as pneumonia c sepsis shock + hypoVol shock. Then at ward

Desatuation 83-88 (10LPM mask O2), ชีวมต stiff neck +neg, consult อ.วรรณพร รับทราบ ส่งตัว รพศ.ชร (swab covid)  
ผลในรพศ. ชร covid (ผล ไม่ได้อ่าน)

Vital signs : E3 VT M6 Pupil ขวา 3 Pupil ซ้าย 3 T: 38 C PR: 138/min RR: 22/min BP: 107/67 mmHg SpO2 98 %

### 4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น #RUL+RML pneumonia c septic shock, #poor intake c severe dehydrate #R/O CNS infec,

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว #AKI on CKD3 #HypoNa(133)

- adequa NSS 1500ml then rate 100ml/hr, levophed 8mg + D5W 242ml tritrate 5-56ml/hr, on ETT marked 21  
no 7.0

Memo เพิ่มเติม: ไข้ on ETT agitation ~ valium 5mg @ stat. (19:00 น.)

เบอร์โทรศัพท์ 083-4408421

1. ~~083-8058063~~ ผู้ป่วยในรพศ. ชร (ติดต่อ)

2. 083-8168541 ผู้เข้า รพ. ชร รพ.

19:00 propranolol 1 tab @ stat.

### ประเด็น

1. at ER CRH DTX 24 mg% ไม่มีข้อมูลการเจาะ DTX
2. ไม่ควรให้ propranolol เนื่องจากผู้ป่วย BP drop
3. ไม่ได้โทรส่งเวร ไม่ได้ส่ง thai refer ทำให้ ER ไม่ได้เตรียมห้องแยก

Case male 66yo u/d CKD3,DMtype2,HTN , Presented with 1dPTA ซึมลง ไม่พูด ไข้ ไม่ไอ ทานได้น้อย , ก่อนหน้านี้ admit 2-

8/7/64 UTI (WBC>100)ได้ drip Ceftri ไข้ลงดี มีปัญหาซิด Hct19 จอเงือกยังไม่ดี , H/C:NG, UC K.pneumonia sense

cefo,augmentin,cipro, , v/s stable , Heart:regular,no murmur, Lungs:clear and equal BSBL, Neuro:E3V3M5 pupil3mmRTLBE,

Equal movement, DTX:154 ,

Staff ทัศนศิลป์

Vital signs :~~Et~~ V~~3~~M~~5~~ Pupil ขวา: Pupil ซ้าย: T:39.1 C PR:120/min RR:24 /min BP:154/79 mmHg SpO2:- %

4. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

5. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น UTI with sepsis

6. การรักษาที่ให้ไว้แล้ว AKI Cr1.4-->1.8

w/u lab Hct15 , NG larvage 200ml content secretion สีขาว no , Retained Foley's cath, coffee ground, on NSS

1000ml 80ml/hr, consult med รับ refer กราบ

ไม่มีพบสิ่งมีชีวิต CMd -19

Memo เพิ่มเติม: ไข้ลง ไม่มีไอ

7.20 / Augmentin 1.2 gm @ stat

female 66 yr UD CKD DM HT 1 วัน ซึมลง มีไข้ กินได้น้อย ไม่ไอ ปฏิเสธ covid Dx UTI sepsis anemia admit Rx as UTI

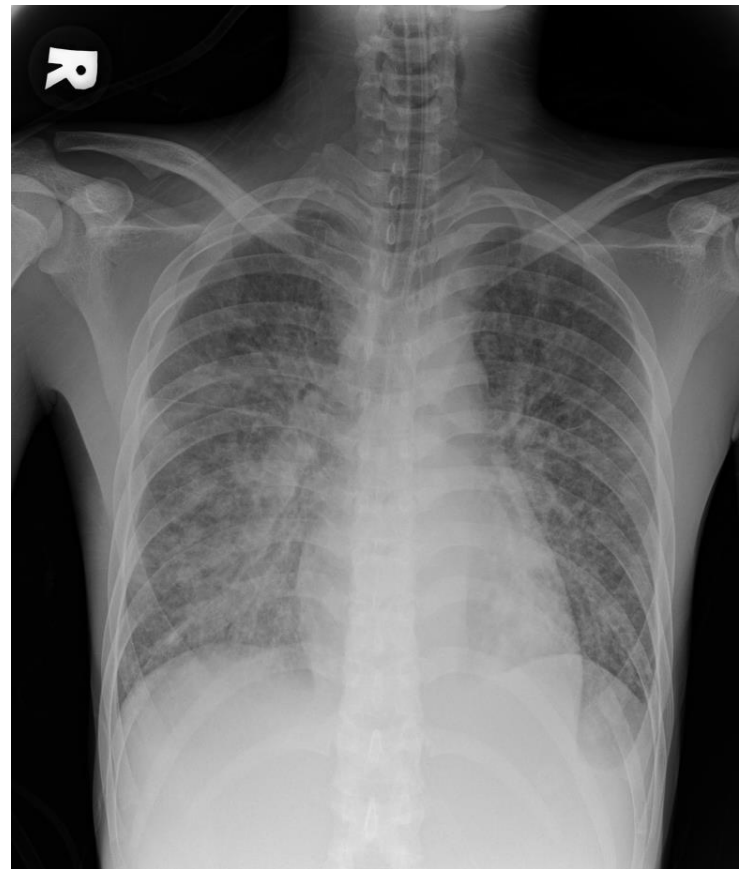
cr 1.4--1.8 Rx augmentin 1.2 gm iv มีปัญหาซึมลง refer for CT brain

at ER CRH เหนื่อย on mask with bag 10 LPM มา ไม่มีบันทึก sPO2 on ET tube ทันทีที่มาถึง CXR RUL infiltration ประเด็น ไม่ได้ส่งเวรเรื่องเหนื่อย ไม่มี CXR

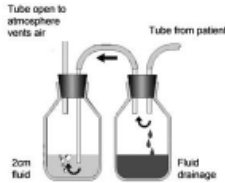
# Male 50 yr

- UD AF on warfarin
- อาเจียนเป็นเลือด BP 80/60 NG old blood 800 larvage 1000 not clear
- Lab INR วัดค่าไม่ได้ K 7.4
- Rx omeprazole 80 mg iv transamine 1 amp iv 10%ca gluconate 7.5%NaHCO3 RI glucose
- Dx warfarin overdose UGIH hyper K
- ประเด็น 1. ไม่ได้ให้ vit K แก่ warfarin overdose (ไม่ได้ให้ vit K เพราะ hyper K ?)




- male 20 yr refer Dx B24  
pancytopenia respiratory  
failure on ET tube  
meropenem 1 gm iv  
บันทึกว่า CXR no  
infiltration
- ประเด็น CXR ที่ส่ง link มา มี  
bilat alveolar infiltration  
Dx pneumonia



- Common pitfall in ER 2021

อาการ/ โรค/ หัตถการ	Common pitfall	suggestion
Major trauma	ไม่ได้ protect C spine	พิจารณาตาม Nexus criteria (ต้องผ่านทุกข้อ →ไม่ต้องprotect C spine) No posterior midline tenderness No evidence of intoxication Normal level of consciousness No focal neuro deficit No painful distraction injuries
	Miss dx hemo-pneumothorax	มองหา deep sulcus sign ควรทำ Extended FAST เพิ่มเติม
	Improper ICD (เลื่อนหลุด, เข้าห้อง, ต่อขวดผิด)	CXR หลังใส่ ICD รุสสุดท้ายของ ICD ควรอยู่ในช่องอก ยึดสาย ICD ให้แน่น ควรมีรูปการต่อขวด ICD เพื่อป้องกันการต่อสายผิด 
	Improper control bleeding	ควรหาตำแหน่งเลือดออก 5 ที่ พร้อมการรักษาเบื้องต้น External : Look + Exposure Rx <u>suture</u> , compress, tourniquet chest : PE + E-FAST + CXR Rx: ICD, Surgery abdomen : PE + FAST Rx Surgery Pelvis : PE + Film Pelvis AP Rx Pelvic wrap(ใช้ผ้า ไม่ใช่ Elastic bandage),

intubation	ตำแหน่ง tube ไม่เหมาะสม (ใส่ไม่เข้า, ลึก-ตื้นไป, เลื่อนหลอดระหว่าง refer)	ควรเช็คตำแหน่ง tube ก่อนออกจาก ER ตำแหน่ง ET tube ควรอยู่เหนือ carina ประมาณ 3-5 cm
	ไม่ใส่ filter	New normal ผู้ป่วย intubation ทุกรายให้ใส่ filter
Acute coronary syndrome	Miss diagnosis MI จากไม่ได้ทำ EKG	ผู้ป่วยเหนื่อยควรทำ EKG ตัวอย่างเคส refer ที่ miss dx MI ESRD volume overload COPD with respiratory failure acute heart failure Pneumonia with respiratory failure Seizure with alteration of conscious (ขณะ EKG VT ผู้ป่วยเกร็ง ทำให้แพทย์วินิจฉัยเป็น seizure) Hypotension unknown caused
	Miss Diagnosis MI จากอ่าน EKG ผิด	Common miss dx EKG Inferior wall MI (miss STE ขนาดเล็ก) Posterior wall MI (อย่าลืม ทำ V7-9 ในกรณีพบ STD in V2-4+upward T wave + prominent R wave) De winter LBBB (ใช้ Sgarbossa ในการวินิจฉัย MI)
Chest pain	ผู้ป่วยเจ็บอก นอกจาก ACS ควรหา critical Diagnosis ของ chest pain อย่างอื่นด้วย ได้แก่ Cardiac tamponade Aortic dissection Pulmonary embolism Tension pneumothorax Esophageal rupture	ใช้การทำ EKG + CXR + Ultrasound ช่วยในการวินิจฉัย Cardiac tamponade :EKG electrical alternan, US pericardial effusion Aortic dissection : CXR widening mediastinum US dilated aortic root , flap in abdominal aorta, free fluid (ascites pleural eff in ruptured AAA) Pulmonary embolism : EKG S1Q3T3 RAD RBBB CXR oligemia US LV D-shape Tension pneumothorax : การตรวจร่างกาย Esophageal rupture CXR pneumomediastinum

syncope	miss diagnosis causes of syncope เช่น UGIH Pulmonary embolism	<p>ใช้ Rose rule ในการ work up ทาสาเหตุ syncope</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>The ROSE rule</b></p> <p><b>Admit if <u>any</u> of the following are present:</b></p> <p><b>B</b>    <b>B</b> NP level <math>\geq</math> 300pg/ml  <b>B</b> radycardia <math>\leq</math>50 in Emergency Department or pre-hospital</p> <p><b>R</b>    <b>R</b> ectal examination showing fecal occult blood (if suspicion of gastrointestinal bleed)</p> <p><b>A</b>    <b>A</b> nemia - Hemoglobin <math>\leq</math>90 g/l</p> <p><b>C</b>    <b>C</b> hest pain associated with syncope</p> <p><b>E</b>    <b>E</b> CG showing Q wave (not in lead III)</p> <p><b>S</b>    <b>S</b> aturation <math>\leq</math>94% on room air</p> </div>
Sepsis	Miss/delay Diagnosis sepsis	<p>ในผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัว เช่น cirrhosis B24 อาจไม่แสดงอาการชัด พิจารณา work up และให้ Antibiotic ในผู้ป่วย non trauma ที่มีอาการ Hypotension acidosis และใช้ NEWS score ในการประเมินร่วม</p>
toxicology	การรักษาเบื้องต้นไม่ถูกต้อง เช่น lavage ในผู้ป่วยที่ไม่ควร lavage	<p>ควรปรึกษาศูนย์พิษวิทยาเพื่อการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อและบันทึกแผนการรักษาในใบ refer</p> <p>ศูนย์พิษรามา 1367</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>HOTLINE 1367</b> ตลอด 24 ชั่วโมง</p> </div> <div style="text-align: center;">  Line ID : poisrequest   Ramathibodi Poison Center </div> </div> <p>ศูนย์พิษศิริราช 02-419-7007</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white;"> <p>หน่วยข้อมูลยาและพิษวิทยา โทร 02-419-7007 ให้บริการตอบคำถามด้านข้อมูลยาและพิษวิทยา ตลอด 24 ชั่วโมง</p> </div>



โรค/ภาวะ	NPO	ข้อมูลที่น่ามาพร้อมผู้ป่วย	Lab (ส่งผลตามมาภายหลังส่งผู้ป่วย)
Cardiac arrest	yes	DTX EKG CXR	Electrolyte (+/-CBC BUN Cr Ca Mg PO4 troponin)
Multiple Trauma	yes	DTX CXR Pelvis AP Hct ,tube เลือดสำหรับG/M Transamine 1 gm iv in first 3 hr	
Head injury (mild-severe)	yes	พิจารณาตาม ATLS	กรณี ผู้ป่วย on warfarin ขอเจาะ PT INR สม่ำเสมอ
peritonitis	yes	DTX film acute abd	CBC BUN Cr Electrolyte (+/-amylase PT PTT INR)
Appendicitis	yes	CXR CBC UA UPT	
Limb ischemia	yes	CXR	CBC BUN Cr electrolyte
Fast pass คีลยกรรม อื่นๆ	yes	CXR	CBC BUN Cr Electrolyte (+/- LFT)
sepsis	+/-	DTX CXR EKG	H/C2 spp CBC BUN Cr Electrolyte (+/- LFT PT PTT INR lactate)
ACS STEMI/NSTEMI	+/-	DTX CXR EKG	CBC BUN Cr Electrolyte (+/- Ca Mg PO4 PT PTT INR) Troponin
Acute stroke fast track	yes	DTX EKG	CBC BUN Cr Electrolyte UPT(+/- PT PTT INR)
Seizure	yes	DTX EKG	CBC BUN Cr electrolyte (+/-Ca Mg PO4)
Alteration of consciousness	yes	DTX EKG	CBC BUN Cr electrolyte (+/-Ca Mg PO4)
Deep neck infection	yes	DTX CXR film neck lateral (soft tissue)	CBC BUN Cr electrolyte (+/- H/C 2 spp)
Fast track hip fracture	age≤ 50 NPO	DTX CXR EKG film both hip ap, lateral cross table	CBC BUN Cr Electrolyte HIV UA
Acute psychosis	+/-	DTX	CBC BUN Cr Electrolyte LFT (+/-Ca Mg PO4 urine substance)
Ectopic pregnancy	yes	DTX Hct UPT	CBC BUN Cr Electrolyte anti HIV

ผู้ป่วย refer  
urgency/emergency  
ขอส่ง **CXR** และส่ง **x-  
link** ด้วย

Exp. Fracture neck femur  
UGIH  
strangulated hemorrhoid  
Gross hematuria  
Traumatic hyphema

ใบขอเอกซเรย์ MHI high risk (GCS 13-15)  
โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์

สตีกเกอร์ HN รพ ต้นทาง

จาก รพ.....วันที่.....  
HN รพ ต้นทาง .....  
ผู้ป่วยชื่อ .....อายุ.....ปี

สตีกเกอร์ HN รพศ เชียงราย

**ส่วนที่ต้องการตรวจ**  CT brain NC

ประวัติ กลไกการบาดเจ็บ และอาการตรวจร่างกายอย่างย่อ

.....  
.....

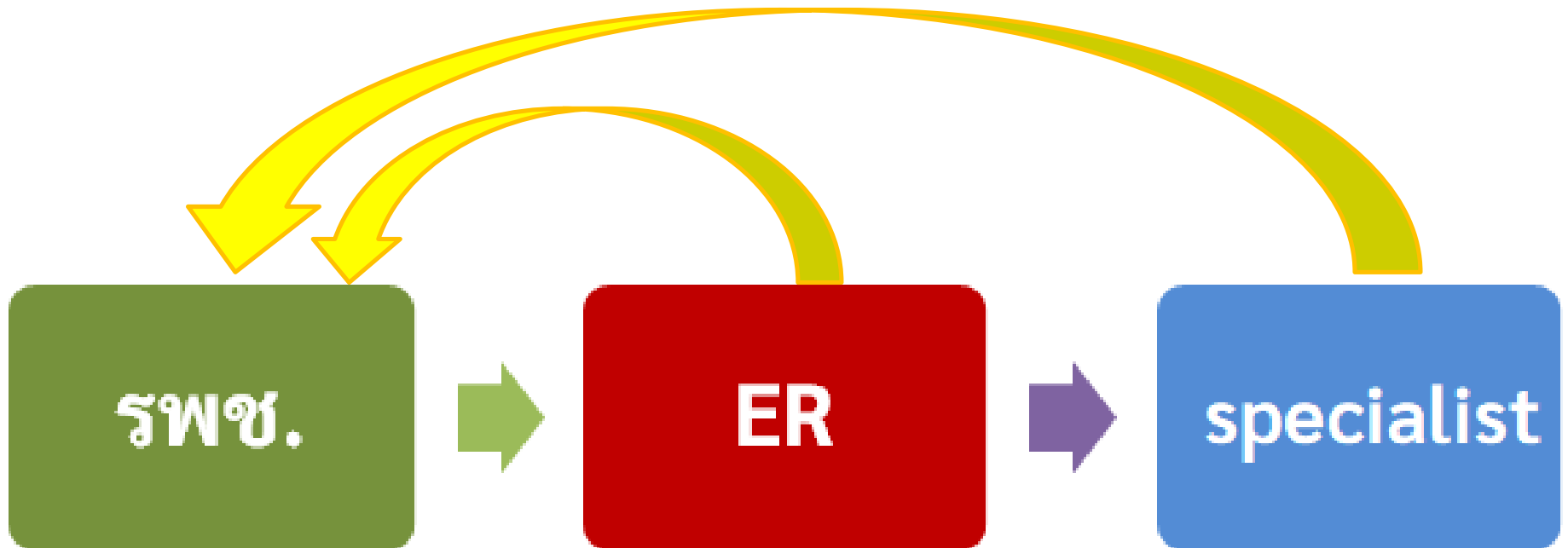
**ข้อบ่งชี้การ CT (มีอย่างน้อย 1 ข้อ)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> อายุ $\geq 65$ ปี <b>และ</b> มี Lost of consciousness หรือ amnesia                            | <input type="checkbox"/> Neurological deficit           |
| <input type="checkbox"/> GCS 13-14 หลังสังเกตอาการเกิน 2 ชม  | <input type="checkbox"/> On oral anticoagulant          |
| <input type="checkbox"/> Large contusion / large LW $\geq 10$ cm   | <input type="checkbox"/> Skull film indicate fracture   |
| <input type="checkbox"/> post traumatic seizure  | <input type="checkbox"/> อาเจียน $\geq 2$ ครั้งใน 6 ชม. |
| <input type="checkbox"/> base of skull fracture :bloody otorrhea bloody rhinorrhea raccoon eye battle sign, left/right |   |
| <input type="checkbox"/> มีอาการครบ 3 ข้อดังต่อไปนี้ 1.Lost of consciousness 2.alcohol used 3.significant head wound   |   |
- หลัง admit observe MHI Mod risk แล้วมีอาการดังต่อไปนี้**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะมากขึ้น        | <input type="checkbox"/> focal neuro deficit            |
| <input type="checkbox"/> pupil ไม่เท่ากัน       | <input type="checkbox"/> อาเจียน $\geq 2$ ครั้งใน 6 ชม. |
| <input type="checkbox"/> post traumatic seizure | <input type="checkbox"/> GCS drop $\geq 2$              |

**ส่วนที่ต้องการตรวจ**  additional CT cervical spine

- Midline cervical spine tenderness ระบุ level .....
- Focal neurologic deficit ระบุ .....
- Cannot active neck flexion
- Film cervical spine สงสัย fracture ระบุ.....

# Refer Back



eHOIR

Hospital Occurrence Incident Report  
Risk, Safety and Quality Management



HOIR รายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลชุมชน

\* Required

โรงพยาบาล \*

Your answer

วันที่รายงาน

Date

วว/ดด/ปปปป

รายละเอียดเหตุการณ์ \*

Your answer

สิ่งที่คาดหวัง \*

Your answer

ผู้รายงาน

Your answer

Submit

ขอกรอกข้อมูล ชื่อ  
ผู้ป่วย HN (รพศ)  
สถานที่เกิดเหตุ  
(ward,แผนก)

