



## แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย (Aeromedical Initial Flight Request Form)

|   |   |                 |   |                               |  |                                   |  |
|---|---|-----------------|---|-------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| ชื่อ<br>ผู้ป่วย.....<br>เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย.....<br>HN..... AN.....<br>อายุ.....ปี.....วัน เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย<br>ประวัติแพ้ยา.....<br>แพทย์ผู้ดูแล.....   | เลขที่ปฏิบัติการ .....<br>วันที่ ..... เวลา ..... น.<br>รับแจ้งเหตุจาก<br><input type="checkbox"/> 1669 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....<br>ผู้ร้องขอ .....<br>ตำแหน่ง .....<br>เบอร์ติดต่อ..... E-mail.....<br>E-mail..... |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <b>Patient Information</b>  | <b>Flight Plan</b>  |                 |   |                               |  |                                   |  |
| สิทธิการรักษา<br><input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม<br><input type="checkbox"/> ผู้ประสบภัยจากรถ <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักประกัน (สิทธิว่าง)<br><input type="checkbox"/> ต่างชาติ/แรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> มีประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มีประกันชีวิต   | รพ. ต้นทาง 1 / ที่เกิดเหตุ.....<br>ออกวันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น. โดย Ambulance  |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <b>Brief Clinical Information</b>   | ผู้ประสานงาน .....<br>โทร.....<br>โทรสาร.....   |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Compliant / Dx</td> <td style="width: 50%;">Mode of Service</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> See Summary Report / Referral Form</td> <td><input type="checkbox"/> HEMS</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Referral</td> </tr> </table>  | Compliant / Dx  | Mode of Service | <input type="checkbox"/> See Summary Report / Referral Form | <input type="checkbox"/> HEMS |  | <input type="checkbox"/> Referral | สนามบินต้นทาง .....<br>Ambulance ถึง วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ออก วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ผู้ประสานงาน .....<br>โทร.....<br>โทรสาร..... |
| Compliant / Dx  | Mode of Service   |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> See Summary Report / Referral Form   | <input type="checkbox"/> HEMS   |                 |   |                               |  |                                   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Referral   |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <b>Type of Service</b>  | สนามบินระหว่างทาง (จุดแวะ).....<br>ถึง วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ออก วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ผู้ประสานงาน .....<br>โทร.....<br>โทรสาร.....  |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> เครื่องบินเช่าเหมาลำ <input type="checkbox"/> เครื่องบินพาณิชย์ <input type="checkbox"/> เฮลิคอปเตอร์<br>รุ่น อากาศยาน.....<br>หน่วยงาน.....<br>นักบินที่ 1 .....2).....<br>โทร .....<br>ผู้ประสานงาน 1).....2).....<br>โทร .....<br>แพทย์ 1).....2).....<br>โทร .....<br>พยาบาล 1).....2).....<br>โทร .....<br>ญาติ 1).....2).....<br>โทร .....   | สนามบินปลายทาง .....<br>ถึง วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>Ambulance รับ วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ผู้ประสานงาน .....<br>โทร.....<br>โทรสาร.....   |                 |   |                               |  |                                   |  |
| <b>Request Criteria</b>   | รพ. ปลายทาง .....<br>ถึง วันที่ _/ _/ _ เวลา _ : _ น.<br>ผู้ประสานงาน โทร.....<br>โทรสาร.....   |                 |   |                               |  |                                   |  |
| สาเหตุการร้องขอตามเกณฑ์การขอใช้อากาศยาน 5 เกณฑ์<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน<br><input type="checkbox"/> กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุ <input type="checkbox"/> กรณีส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล<br><input type="checkbox"/> กรณีเคลื่อนย้ายจากพื้นที่เปราะบางใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้<br><input type="checkbox"/> กรณีการลำเลียงยาหรือเวชภัณฑ์รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์<br><input type="checkbox"/> กรณีลำเลียงอวัยวะหรือชิ้นส่วนมนุษย์เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน | ผู้ประสานงาน<br>ลงนาม<br>(.....)<br>ตำแหน่ง.....<br>โทร.....  |                 |   |                               |  |                                   |  |
| ผลการร้องขอ <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ สาเหตุ.....<br><input type="checkbox"/> ยกเลิก สาเหตุ.....<br>ผู้อนุมัติ..... ผู้อนุมัติ.....<br>ลงนาม..... ลงนาม.....<br>(.....) (.....)<br>ตำแหน่ง.....พอป.พื้นที่..... ตำแหน่ง.....พอป.สพจ.....   |   |                 |   |                               |  |                                   |  |