



แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะโดยสารอากาศยาน (On Board Assessment Form)

ปัจจุบันรักษาตัวที่ รพ..... ส่งต่อไปรักษาตัวที่ รพ.....	ชื่อผู้ป่วย..... ID..... สิทธิการรักษา..... HN..... AN..... อายุ.....ปี.....วัน เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย ประวัติแพ้ยา แพทย์ผู้ดูแล..... วันที่.....
Clinical Information <input type="checkbox"/> See Summary Report Mechanism of injury/illness: Dx in Capital Letter : Date of first symptom: __/__/__ Date of diagnosis : __/__/__	

Operation Time				Doctor Standing Order	Signature		
ออกเดินทาง รพ.ต้นทาง (ฐาน)	ถึงสนามบิน	เวลาขึ้นเครื่อง	ถึงจุดแวะพัก 1				
ถึงจุดแวะพัก 2	ถึงสนามบินปลายทาง	ถึงรพ.ปลายทาง					
ออกจากรพ.ปลายทาง	ถึงสนามบิน	เวลาขึ้นเครื่อง	ถึงจุดแวะพัก 1				
ถึงจุดแวะพัก 2	ถึงสนามบิน	ถึงรพ.ต้นทาง (ฐาน)	เวลาจบภารกิจ				
จำนวนผู้ปฏิบัติการ	จำนวนประเป่า	จำนวนญาติ	สัมภาระผู้ป่วย				

Transfer Items	Origin	Destination
Clinical Information	<input type="checkbox"/> Given by	<input type="checkbox"/> Given by
Summary Report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Film	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lab	<input type="checkbox"/> Received	<input type="checkbox"/> Received
Home Medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID Card / Passport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date/Time	T	P	R	BP	O2 Sat	Pain	Assessment	En Rout Treatment

ผู้บันทึก
 ลงนาม
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 โทร.....