

ประชุมพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

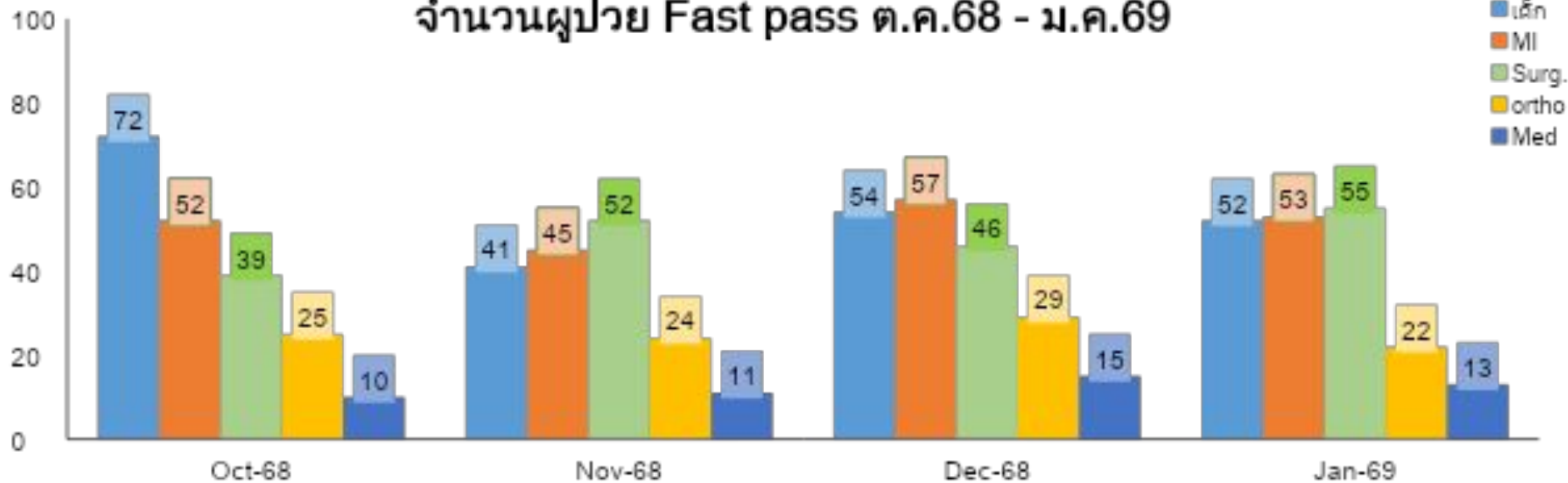
จังหวัดเชียงราย 25/02/69



Fast Pass



จำนวนผู้ป่วย Fast pass ต.ค.68 - ม.ค.69



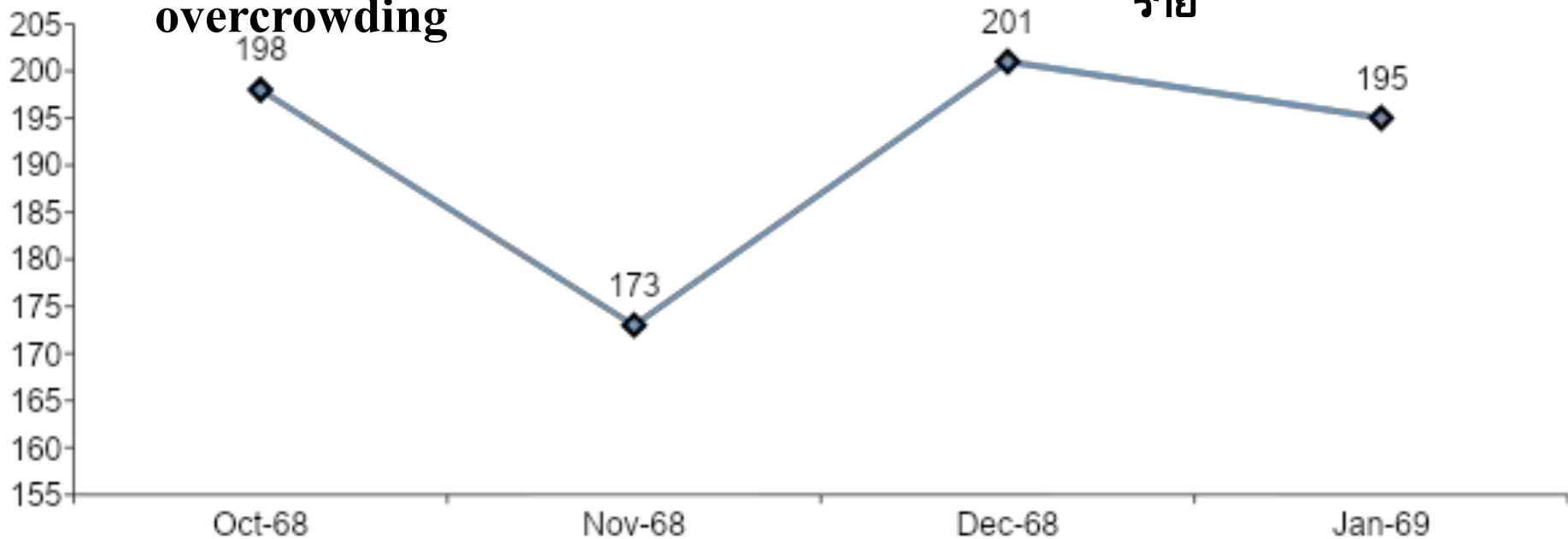
ลด ER

overcrowding



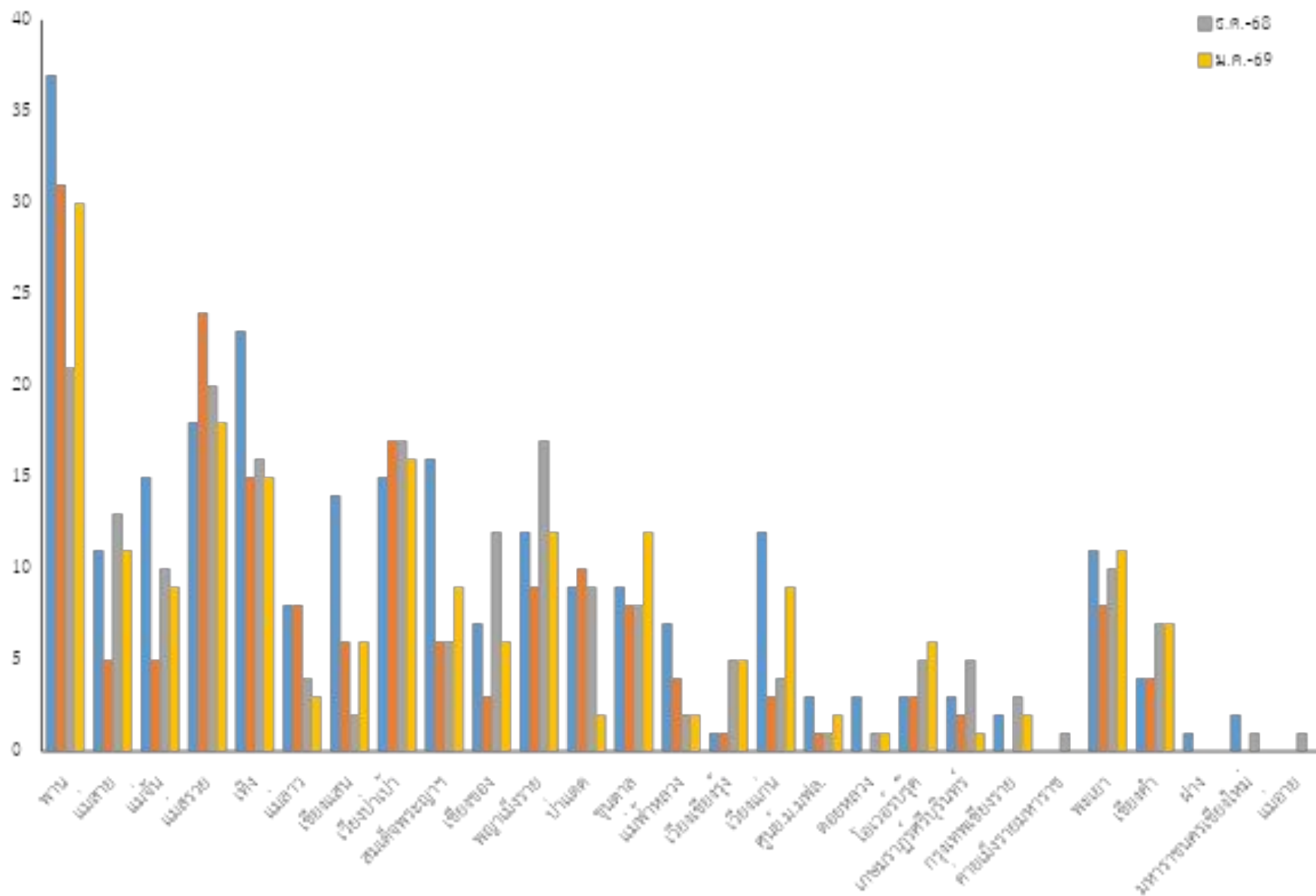
ธ.ค. 68 = 201 ราย ม.ค. 69 = 195

ราย



สถิติ Case Refer Fast / Pass ต.ค.68 - ม.ค.69

- ต.ค.-68
- พ.ย.-68
- ธ.ค.-68
- ม.ค.-69



ประเด็น Fast pass

case Uro ก่อนส่งมาทำหัตถการที่ OR เก้าชั้น 3 รอรับกลับ

1. ให้โทรแจ้งศูนย์ refer ก่อนออกจาก รพ
2. กรณี ส่งปรึกษาอาจารย์คนละคน เนื่องจากข้ามเวร

Case hip Fx ถ้า sBP >180 พิจารณาให้ยาгинลดความดันก่อน Refer ได้ (ไม่NPO)

Fast Pass Hip fracture update 09/04/67 (version 2)

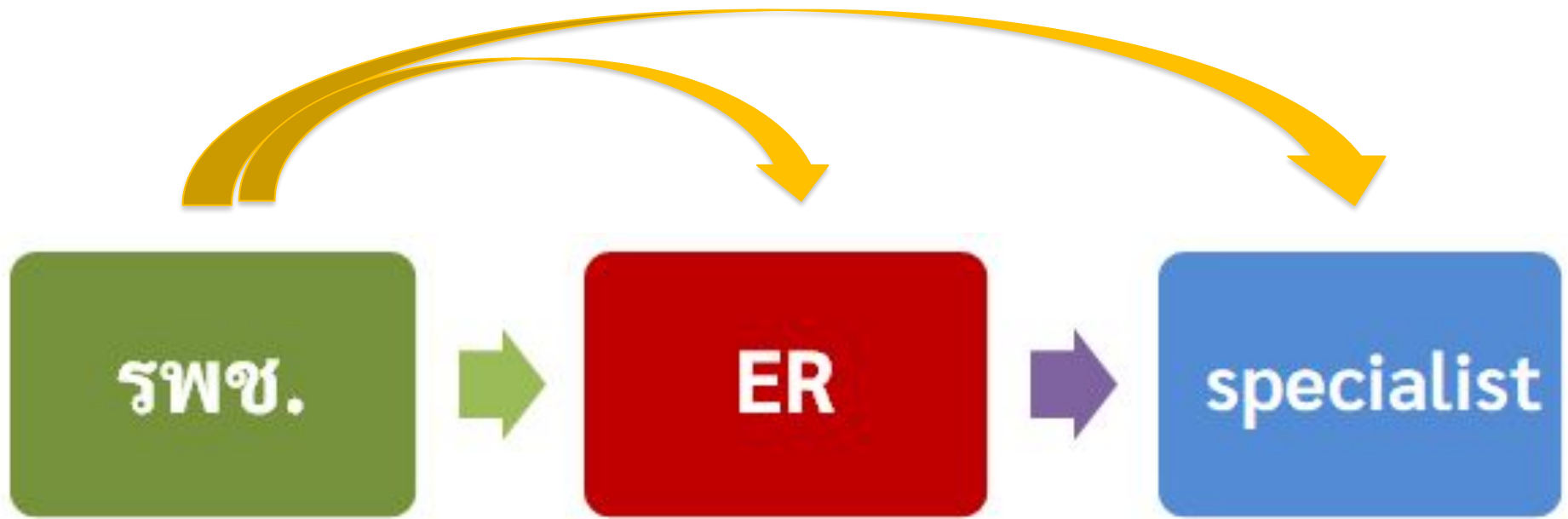
Dx: intertrochanteric fracture , fracture neck femur

- Inclusion criteria
- Age \geq 50
- Low mechanism of injury เช่น หกล้ม
- V/S stable
 - RR $<$ 20
 - SpO2 $>$ 94
 - HR 60-100
 - sBP 100-180
 - T 36.0-37.5
- GCS 15

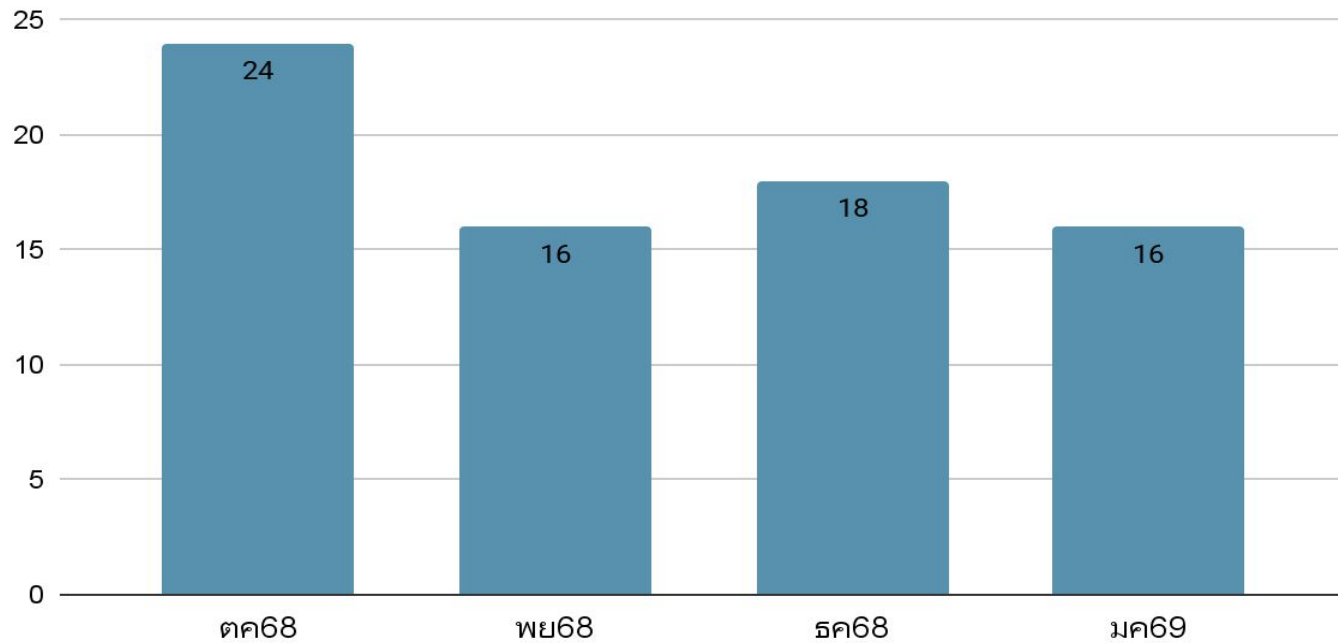
Exclusion criteria

- Age $<$ 50
- อุบัติเหตุจากรถ
- มีประวัติหมดสติ, head injury ร่วม
- Syncope
- มี associated injury อื่นๆ

Refer in

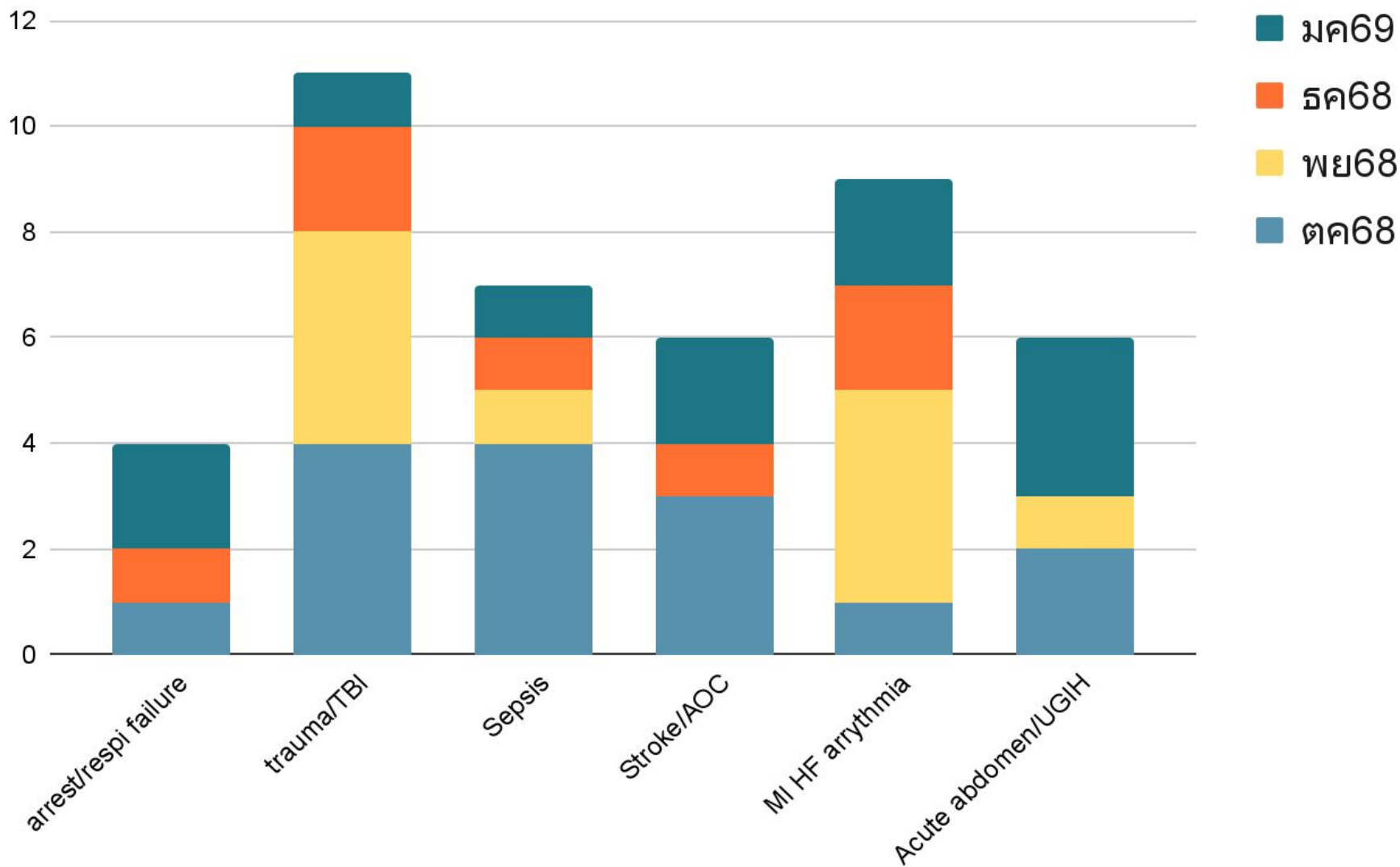


จำนวนอุบัติการณ์

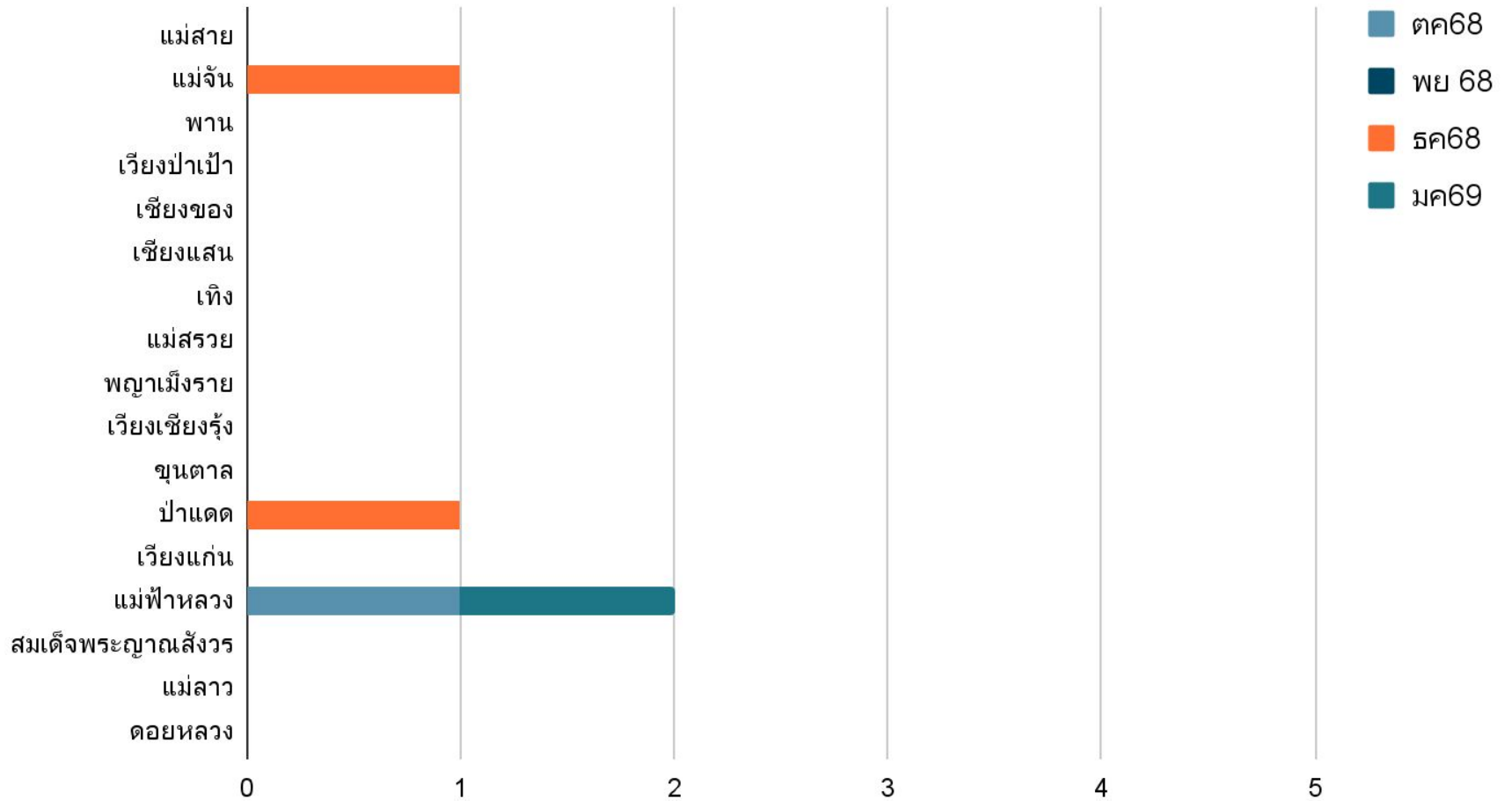


ระดับ	ตค 68	พย 68	ธค 68	มค 69
A-B	0	0	1	2
C-D	16	8	11	5
E-F	6	7	3	6
G-H	2	0	1	1
I	0	1	2	2

ความเสี่ยงอุบัติการณ์ แยกตามกลุ่มโรค



Improper ET tube



Dx COPD เมื่อ 5/3/2552

ตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อ 12/10/2561

ปฏิบัติประวัติใช้ Long Tern Oxygen Therapy

ผู้ป่วยเริ่มเข้าระบบ COPD Clinic S/P tracheostomy

2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมารพ. เริ่มมีแผลในปากใต้ลิ้น เริ่มบวมกดเจ็บ วันนี้ปวดบวมมากขึ้น ลามลงใต้คาง เป็นก้อนแข็ง กดเจ็บ บวมแดง ร้อน หายใจได้อยู่

Vital sign:

Temp. 36.8 C, HR 0, PR 92 bpm, RR 20 bpm, BP 106/58 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 24 ม.ค. 2569 14:35 น.)

การตรวจร่างกาย (PE):

Normal conscious

swelling redness tender at submandibular area oral examination at 31 41 sublingual fold area pus tracted seen expiratory stridor O2 sat 94-95%

3) ผลการตรวจขั้นสุด

WBC count = 11.40×10^3 cells/ul

4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

deep neck infection

5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

Diazepam inj. 5 mg./ml. #10 IV mg prn q8hr

IV NSS 0.9 percent 1000 ml. #1 IV drip 80 mL/hr

iv nss 0.9 percent 100 ml. #1 Dilute cef-3

IV D-5-S/2 .-inj 1000 ml. #1 IV drip 60 mL/hr

CLINDAMYCIN phosphate -inj. 600mg/4ml #1 600 mg. vein stat

IV d-5-w .-inj 100 ml. #1 Dilute clinda

CefTRlaxone Na .inj-im,iv. 1 g. #2 2 gm vein stat

FKG Monitor #1



ผู้ป่วย UD CA transglottic on tracheostomy อยู่เต็ม > หลุด? on ET tube #5 mark 20 ทางปาก

ประเด็น

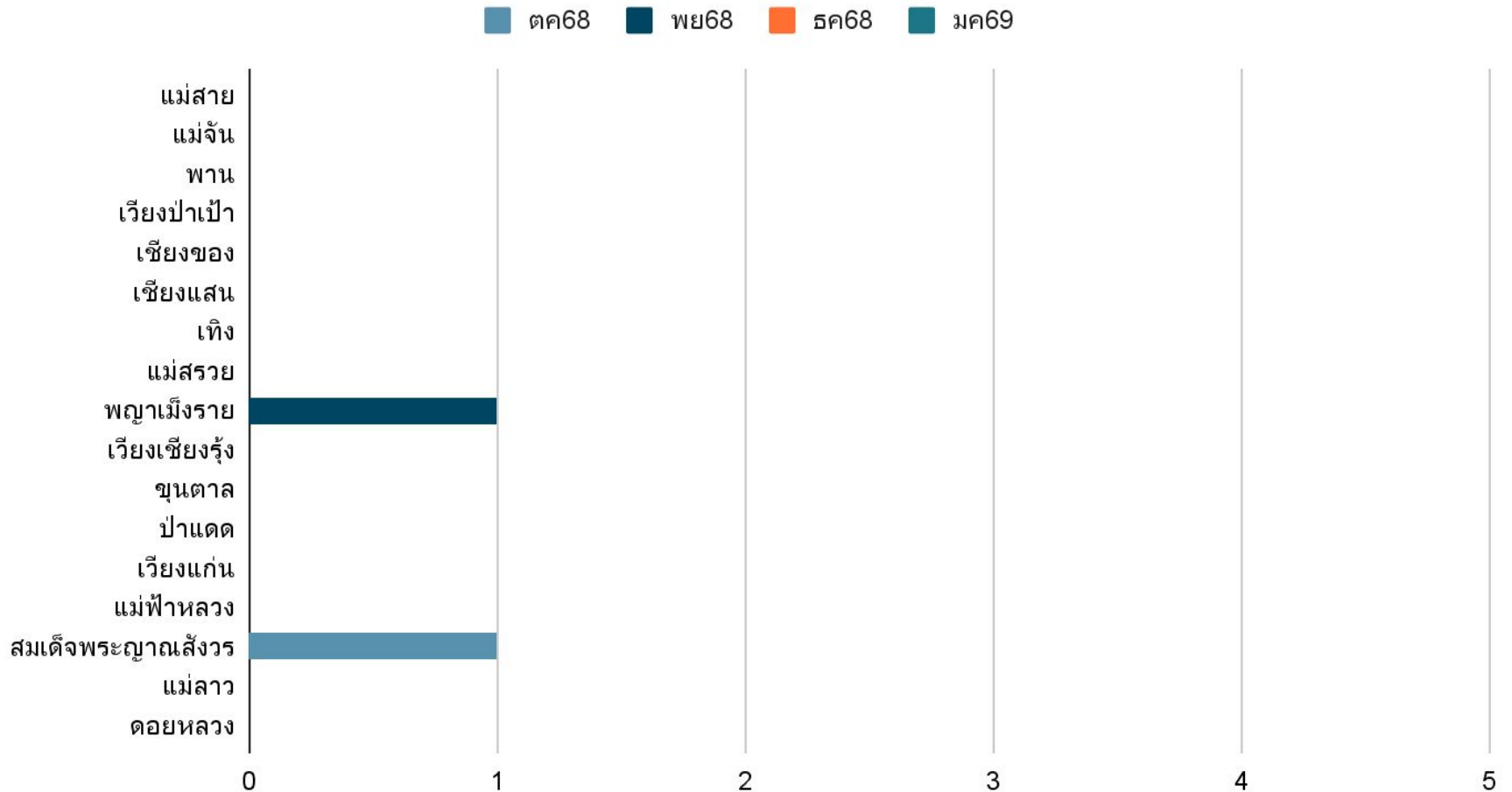
ไม่มีข้อมูลการใส่ ET tube ในไบส่องตัว
Esophageal intubation

ระหว่าง refer ติด monitor EtCO2
พยาบาลrefer แจ้งว่าได้ 0 ตลอดทาง
ข้อเสนอแนะ

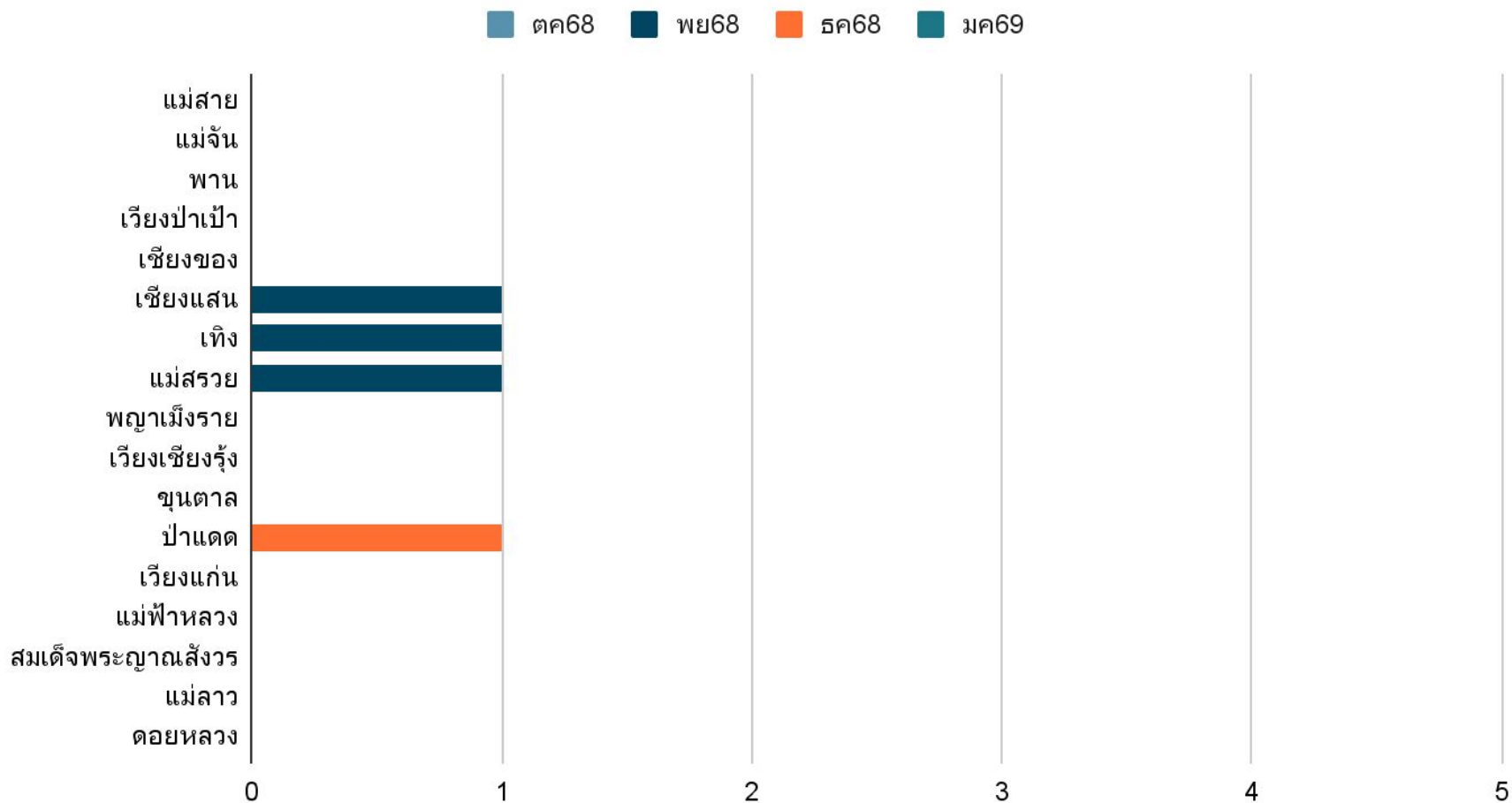
ใส่ ET Tube ทาง tracheostomy



Response to deteriorating patient /Undetected cardiac arrest



Improper Trauma management E up



interesting case

1) ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว

Female 69 yr, U/D โรคหัวใจ เคยรักษา

หลังจากนั้นซื้อยาทานเอง loss F/U

ประวัติยา ปี 61: Amlol (5) 1*1, ASA (81) 1*1 pc, ISOSORBIDE MONONITRATE SR (60) 0.5*1 pc เช้า, Atorvas (40) 0.5*1 pc เย็น, Theophylline (200) 0.5*1 pc เย็น

2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

Admit รพ 4/1/69 ด้วยอาการเหนื่อย 10 dPTA

PI: 10 dPTA หายใจเหนื่อย

3 dPTA แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย

at ER ปวดเอวมากขึ้น เหนื่อยพอดิม จึงมา รพ.

V/S: BT 205/120 > 189/119 > 165/105 PR 70 RR 22

RS: expiratory wheezing both lungs

Ext: pitting edema 1+

EKG 12 leads: sinus rhythm, TWI V4-6

CXR: marked cardiomegaly, CTR 77%, interstitial infiltration

echo bedside: poor LVEF

CBC: Hb 13.3 Hct 41 WBC 12100 (N86 L11) plt 411k

BUN 11 Cr 0.4 Na 138 K 3.1 CO2 25 Mg 1.7

LFT: WNL

Tropl 4.14

Imp: DCM with CHF

Mx: Lasix 40 MG IV stat >> UOP 1300 ml

[[Progress note 5/1/69]]

ระหว่าง admit หายใจเหนื่อย เสมหะเยอะ หายใจกรน ขยับแล้วเหนื่อยมากขึ้น

on O2 canula 5 LPM >> SpO2 92%

I/O 461/2000, monitor EKG : AF 110-130 bpm

* notify arrest 10.44 *

- DTX 329 mg%

-2nd cycle: PEA > Adrenaline 1 mg IV stat

-on ETT

-CPR total 4 cycle > ROSC

Post arrest suspected from hypoxemia, airway obstruction

DCM with CHF

AF (1st Dx)

Mx:

- on ETT no 7.0, mark 20

- Amiodarone 900 mg + D-5-W 500 ml IV drip (24hr First 200 ml IV drip in 6 hr ตั้ง rate 33.33 ml/hr then 300 ml IV drip in 18 hr ตั้ง rate 16.67 ml/hr)

- NSS 1000 ml IV rate 40 ml/hr

- refer CRH

ญาติให้ประวัติผู้ป่วยบ่นเวียนหัว พบนอนที่พื้นในครัว พุดไม่ชัด ไปนอน รพช ระหว่างนอนก็พุดไม่ชัด

at ER CRH eye deviate to Rt pupil Rt 3 mm LT 2 mm CT hypodense Lt cerebellar

1. miss dx stroke ญาติแจ้งว่า พุดไม่ชัด + เวียนหัว ตั้งแต่ ไป รพ

2. film ที่ส่งให้ รพช ไม่มี film ที่ใส่ tube



CT brain : Patchy hypodense lesion at left cerebellum; likely to be cerebellar infarction in left PICA territory

Miss Dx stroke (FT)

Case Male 70 yrs U/D:# pulmonart TB smear neg
start HRZE 2/4/68 , anti HIV neg (start Tx 2/4/68)

3 วันก่อนมา ปวดศีรษะ เหนื่อย ไม่มียอมมารักษา

1 ชม.ก่อนมา ญาติให้ประวัติว่า ล้มไม่ทราบแล้วอะไรกระทบ พบผู้ป่วยนอนบนเตียงปลุกไม่ตื่น

at Sence E1V1M1 pupil 5 mm fix DTX 49 s/p CPR 8 cycle +adrenaline 1 amp iv push + 50 ml glucose
-> then ROSC

2 amp 19.12 h.
19.16 h.

19.15 h.

at ER E1V1M1 pupil 2 mm slowly react -> DTX 103

EKG 12 lead : Sinus RAD with RV strain pattern

-Echobedside ดู by staff at line :Dilated RA and RV with impaired rv systolic function
Systolic and diastolic LV d shape compatible with RV pressure load

#post cardiac arrest casuse 1. PE ,2.Hypoglycemia , 3pneumothorax Lt

#Hypokalemia 6.1

~~hemorrhagic stroke~~ hemorrhagic stroke ~~CPR~~

Mx

-ETT 7.5 , mark 23

19.15 - NRS 1000 ml @ load 1500 ml then 8 ml/hr

19.16 - 5% D₅/N 1000 ml @ rate 60

20.40 - tazocin 4.5 gm iv stat

20.42 - vit k 10 mg iv stat

20.43 - transmine 1 gm iv stat

20.51 - PRC 1 u drip

-ICD Lt side no 32 mark 8 → ได้ผล + 1500 ml 3 ชมแรก → ให้ vit transmin, vit k

20.44 - 10% calcium 10 ml + R1 glucose = R1 100 (iv) + 50% glucose 50 ml (v)

-แนบ lab , แนบยาเต็ม

-CXR หลัง Tube : pneumothorax Lt , proper ETT

-consult

cardioemer → severe PHT suspected PE สงมา CTPA R/o PE ได้ CT แล้ว notify พ.

21.20 - levophed (4:242) iv drip start 10 ml/hr

Vital signs

Temp. 0 C, HR 89, PR 89 bpm, RR 22 bpm, BP 139/93 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 04 ม.ค. 2569 21:05 น.)

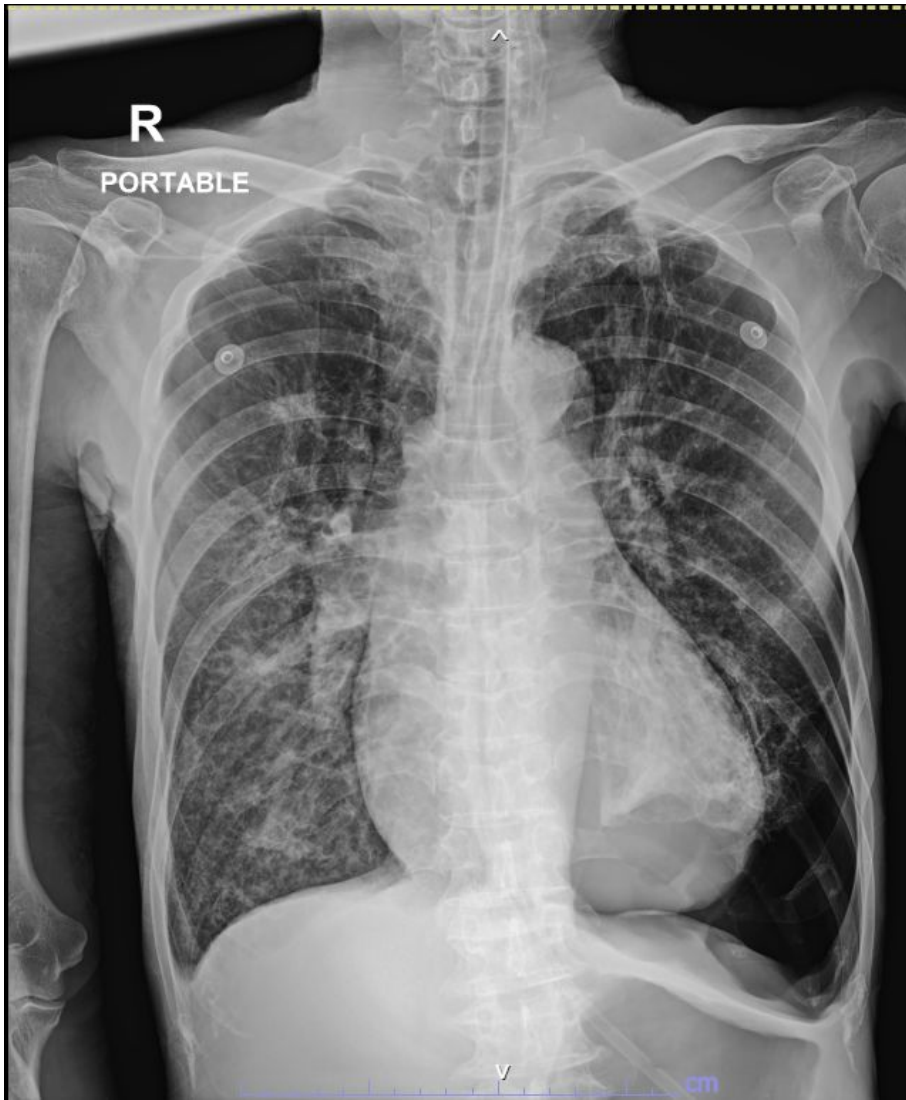
การตรวจร่างกาย (PE):

3) ผลการตรวจขั้นสุด

ก่อน refer 21.254. DTX 223 mg/l.

4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

#post cardiac arrest casuse 1. PE ,2.Hypoglycemia , 3pneumothorax Lt



CT PE protocol : No obvious detect filling defect in pulmonary trunk, main and segmental pulmonary arteries. Prominent size of pulmonary trunk, 3.0 cm in diameter.

- Emphysematous lung change.
- S/P left ICD with suspected lung laceration and contusion along ICD track

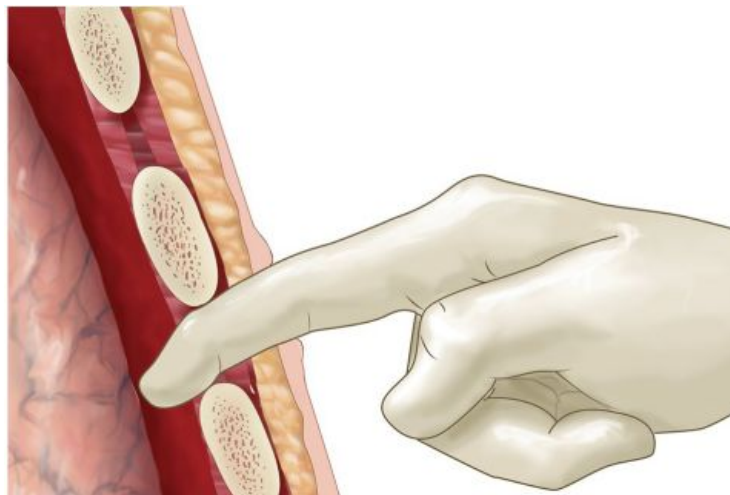
ประเด็น

ใส่ ICD เข้าเนื้อปอด

ข้อเสนอนะ

1. ขั้นตอนการใส่ ICD : เพิ่มขั้นตอน exam pleural cavity โดยใช้
นิ้ว exam ก่อน เพื่อดูว่ามี fibrosis/adhesion ติดกับ chest wall
หรือไม่ ถ้ามี adhesion ที่ไม่สามารถใช้นิ้วแหวกเปิดช่องได้ ให้
หลีกเลี่ยงตำแหน่งนั้น
2. ไม่ใช้ ICD ที่มี troca

CXR ก่อนใส่ ICD > lung bleb



Female 89 yr, no U/D

CC : หายใจเหนื่อย 4 hrPTA

PI : 4 ชมก่อนมา หายใจเหนื่อย ไม่ไอ ไม่ใช่ น้ำมูกช่วงเช้า ไม่ได้รักษาที่ใด บัสสาวะออกดี ไม่บวม

ญาติให้ประวัติว่า เมื่อเดือนก่อนมารักษาโรคหลอดเลือด หายแล้ว ปฏิเสธสูบบุหรี่ แต่สามีสูบบุหรี่

T 36.5 BP 117/67 HR 120 RR 24 SpO2 93% RA

Lung : expiratory wheezing BL

Berodual NB x 3 doses

เหนื่อยไม่ทุเลา RR 30

Lung : wheezing BL, accessory muscle use

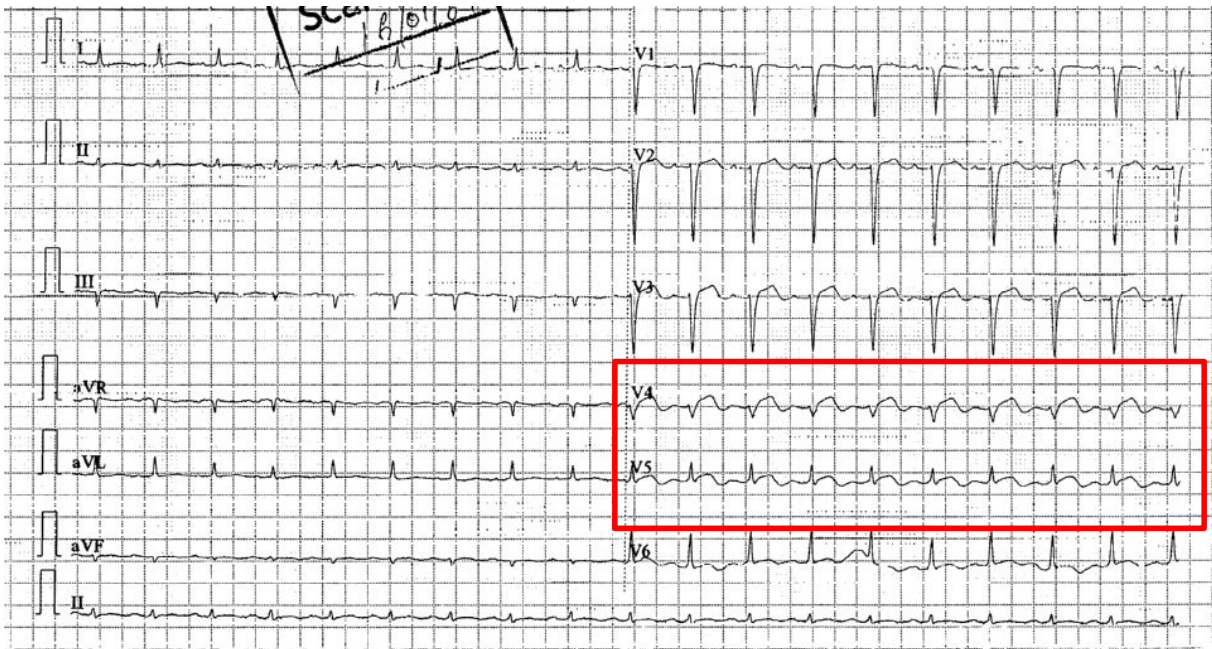
on ETT no.7 mark 20

DTX 123 mg%

CXR : ETT proper, RLL infiltration

IMP : Pneumonia with acute respiratory failure

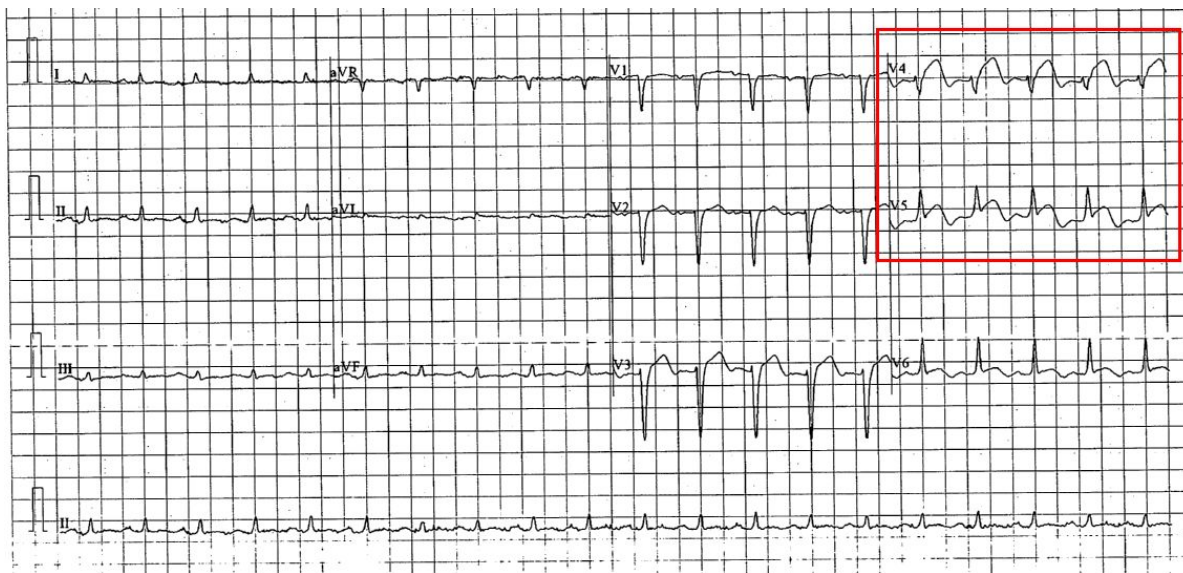




ประเด็น
Miss dx STEMI

ข้อเสนอแนะ

- ทบทวนการอ่าน EKG
- ใช้ US ช่วยประเมินผู้ป่วยหายใจเหนื่อย



1) ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว

- ประวัติการดื่มสุรา ดื่มสุราปีละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 แก้ว เริ่มดื่ม อายุ 27 ปีถึงปัจจุบันยังคงดื่มสุราอยู่เรื่อยๆครั้ง
- ปฏิเสธการดื่มสุรา
- ปฏิเสธการสูบบุหรี่
- ปฏิเสธสารเสพติดอื่นๆ
- ประวัติการแพ้ยาล; แพ้ยาล PHENYTOIN
- ปฏิเสธการแพ้ยาลอาหารทุกชนิด
- ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต
- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ; บิดาเป็น HT
- ปฏิเสธประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/การใช้สารเสพติดของบุคคลในครอบครัว
- Menopause อายุ 45-46 ปี

2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

Case female 50 yrs, U/D HT, epilepsy, chronic alcohol drinking presented with 3 ชม ก่อนมา รพ. สามิให้ประวัติ ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ตาค้าง น้ำลายฟูมปาก 3 ครั้ง ห่างกันประมาณ 30 นาที ชักครั้งละ 2-3 นาที หยุดชักเอง ไม่มีอาการปัสสาวะ อุจจาระราด ชักครั้งที่2 ผนังหน้ากระแทกพื้น มีอาการซ้ำซมับขวา ไม่สลบ ไม่มีบาดแผล สามิให้ประวัติยังดื่มสุราทุกวัน รับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่อง มีรอยขีดที่หน้าอกขวา สามิไม่ทราบโดนอะไร หายใจปกติ At ER มีปัญหาชักทั้งตัว น้ำลายฟูมปาก ตาเหลือกซ้าย 1 นาที > Valium 1 dose หลังได้ Valium ประมาณ 10 นาที ซึมลง

Vital sign:

Temp. 36.5 C, HR 89, PR 125 bpm, RR 20 bpm, BP 167/109 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 19 ม.ค. 2569 09:34 น.)

V/S BP 160/115 HR 130

RS: secretion sound both lungs SpO2 89-90% RA

Neuro: E4V2M5, pupil 3 mm RTLBE

3) ผลการตรวจขั้นสุด

CXR หลัง on ETT proper

4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

Epilepsy with secretion obstruction

5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

CBC, BUN, Cr, E'lyte, BS, LFT, CXR, EKG 12 leads, on ETT No 6 mark 20 Valium 10 mg IV total 3 dose (ก่อน on ETT และหลัง on ETT มีปัญหา agitation) , on Foley's cath, on NG tube, NSS 1000 ml IV rate 80

Dilantin 750 mg IV loading
1.1e.u

6) สาเหตุที่ส่ง

รับไว้รักษาต่อ

8.35, 9.05, 9.20 น

8.30 น

female 38 yr

2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เหนื่อย 2 ชม ก่อนมา มีอาการปวดท้องรอบๆสะดือ ไม่มีไข้ ไม่มีอาเจียนถ่ายเหลว มีเบื่ออาหาร 30 นาทีก่อนมา มีย้ายมาปวดท้องด้านขวาข้าง ปัสสาวะปกติ ไม่มีเสบซัด ไม่ได้รักษาที่ไหน จึงมา รพ
LMP 29/11/68 ไม่ได้คุมกำเนิด

แรกรับนั่งรถเข็นตัวอ่อน tenderness RLQ ,soft PS= 7/10 DTX= 70 mg% Tem พรอทแก้ว = 37.5 c

Vital sign:

Temp. 36.7 C, HR 0, PR 82 bpm, RR 20 bpm, BP 102/85 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 14 ม.ค. 2569 12:09 น.)

การตรวจร่างกาย (PE):

PE:

HEENT: not pale conjunctiva

Lung: no wheezing

Abdomen: tender at RLQ, soft, no guarding, rebound positive

Extremity: no pitting edema

Neurology: no weakness

G3P2002 last 4 years GA 6+4 wk by LMP with acute RLQ R/O appendicitis

5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

~~11.10~~ NPO (43/11/17) 07.00 น.

12.10 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip 80 ml/hr

แนบ lab

Consult staff Sx

ให้ refer ER รพศ.ชร. plan work up เพิ่มเติมที่ ER รพศ.ชร.

6) สาเหตุที่ส่ง

รับไว้รักษาต่อ

Alvarado Score = 6 ค.นพ

at CRH US bed side no IUP Rt adnexal mass

ประเด็น

Miss Dx ruptured ectopic pregnancy

ข้อเสนอนะ

US bed side ดู Intrauterine pregnancy free fluid adnexal mass

ถ้าไม่พบ IUP ให้นึกถึง ectopic pregnancy

ขอความร่วมมือ

- การใส่ท่อช่วยหายใจ พิจารณาใช้เบอร์ใหญ่ เพื่อลด airway resistance
ผู้ชาย ET tube # 8
ผู้หญิง ET tube # 7.5
- กรณีต้องการใช้ยาที่ รพช ไม่มี ให้เภสัช รพช ประสาน เภสัช รพศ ขอเบิกยา เช่น Ertapenem
- การเก็บทรัพย์สิน กรณีเป็นคนที่ในพื้นที่ ขอให้เก็บที่ การเงิน รพช ถ้าไม่ทราบให้ส่งทรัพย์สินมาพร้อมผู้ป่วย ร่วมกับ บันทึกทรัพย์สินจามแบบฟอร์ม
-

ระบบการรายงาน อุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยง



Link

<https://forms.gle/iAuohAE66KxpeLQf8>

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Link ศูนย์รีเฟอร์

- <http://49.231.15.21/deptw2/?dept=refer>



ศูนย์ส่งต่อ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ช่องทางการติดต่อศูนย์ส่งต่อ

จำนวน 6 คู่สาย

สำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย รพศ.ชร

สายตรง 053-600314 , 053600315

สาย SW. 053-910600 , 080-1255555
ต่อสาย **7017 , 8200 , 8203**

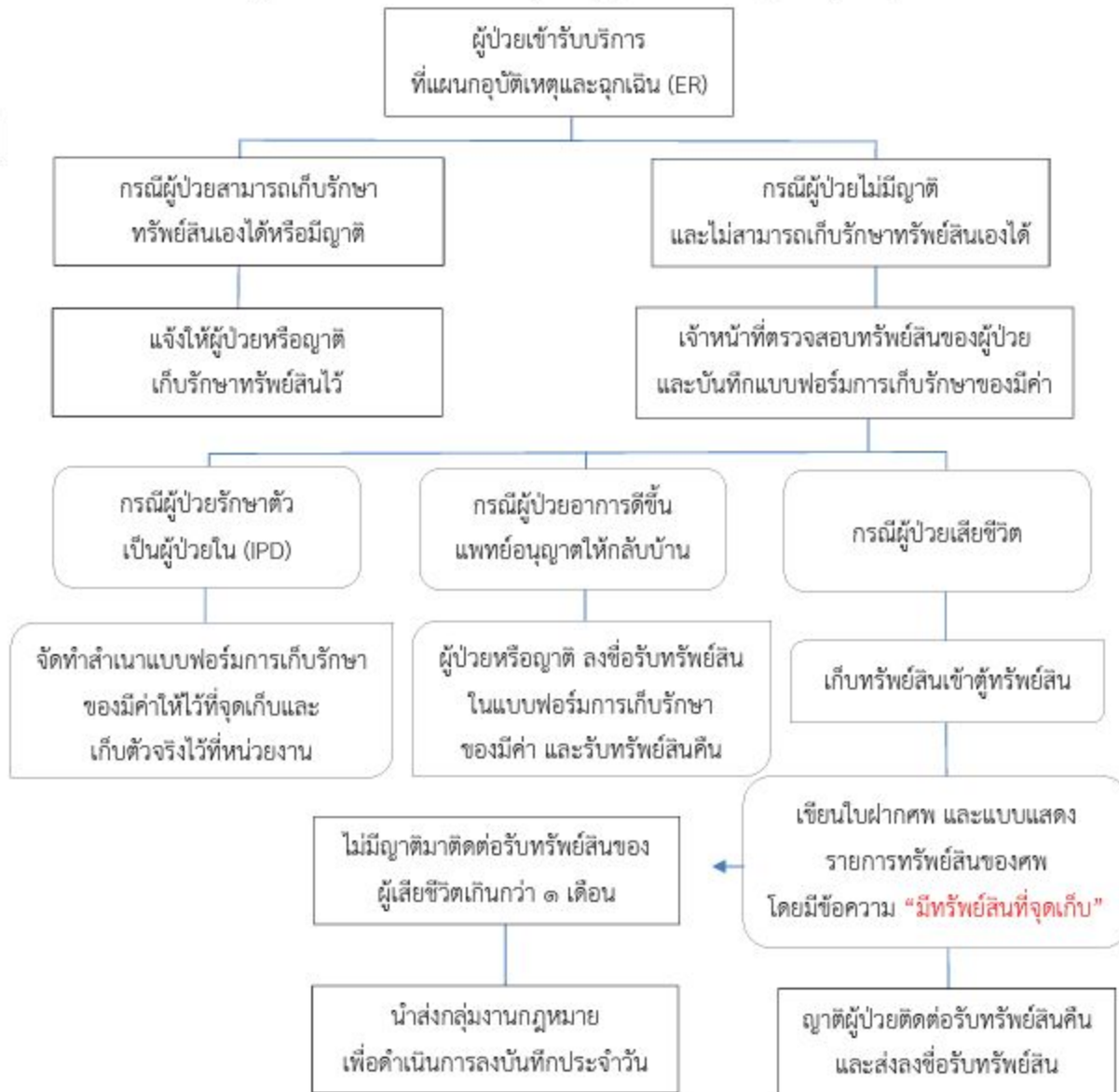
มือถือ 082-0987025

Stroke FT

✓ กรณีตามญาติไม่ได้ ไม่มีญาติ พบป่วยข้างทาง และมีข้อบ่งชี้ MT (เป็นคนไทย ค้นหาเลข ID 13 หลักได้) แนะนำ ให้ส่งมาเร็วที่สุด โดยมีข้อแนะนำดังนี้

- 1) ให้ รพช. ที่ทำการรักษา พยายาม หาเบอร์ญาติให้ได้เร็วที่สุด บันทึกมาใน MOPH refer และ โทรแจ้งญาติเล่าอาการป่วย และ ความจำเป็นต้องส่ง MT
- 2) ส่งผู้ป่วยมาเลย ตามแนวทางส่งต่อ โดยญาติไม่มี และ Neurointerventionist จะ โทรแจ้งญาติ อีกครั้งเพื่อแนะนำก่อนทำ MT (ดั่งนั้น รพช. ต้องช่วยหา เบอร์โทรที่ ติดต่อญาติได้)
- 3) กรณีเลวร้ายที่สุด (ผู้ป่วย เป็นคนไทย มี ID 13 หลัก) ไม่มีญาติ ตามอะไรก็ไม่ได้ แพทย์จะเซ็นชื่อแทนผู้ป่วยไปได้ก่อน เพราะ เป็น Life threatening condition ที่ต้องรีบทำ Reperfusion therapy ให้เร็วที่สุด และ ค่อยแจ้งญาติในภายหลังเมื่อผ่านพ้น ภาวะวิกฤติไปแล้ว

กระบวนการ หรือขั้นตอนการปฏิบัติ (Flow Chart)
แนวทางการปฏิบัติการป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหายของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)



แบบฟอร์มการเก็บรักษาของมีค่า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ทำการเก็บของมีค่าของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....HN.....วันที่เก็บของ.....เวร.....

เจ้าหน้าที่ผู้เก็บของมีค่า.....พยาบาลหัวหน้าเวร.....แพทย์เวร.....

เหตุผลของการเก็บของมีค่า

- ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว
- ผู้ป่วยรู้สีกตัวแต่สับสน
- ผู้ป่วยรู้สีกตัวแต่ยินยอมให้เก็บเนื่องจากไม่มีญาติ

รายการของมีค่าตามรายละเอียดภาพถ่าย (เอกสารที่แนบมาพร้อมนี้) จำนวน.....ชุด

ผู้รับของมีค่า.....วันที่มอบ.....

บ้านเลขที่.....ความสัมพันธ์.....โทรศัพท์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ผู้มอบของ.....วันที่มอบ.....

แบบฟอร์มการเก็บรักษาของมีค่า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ทำการเก็บของมีค่าของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....HN.....วันที่เก็บของ.....เวร.....

เจ้าหน้าที่ผู้เก็บของมีค่า.....พยาบาลหัวหน้าเวร.....แพทย์เวร.....

เหตุผลของการเก็บของมีค่า ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่สับสน ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่ยินยอมให้เก็บเนื่องจากไม่มีญาติ
รายการของมีค่าดังนี้

เครื่องแต่งกาย ไม่เก็บเนื่องจาก..... เก็บ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	เสื้อ ลักษณะ.....	ตัว	
๒	กางเกง/กระโปรง ลักษณะ.....	ตัว	
๓	กระเป๋า ลักษณะ.....	ใบ	
๔	โทรศัพท์มือถือ ยี่ห้อ.....สี..... ลักษณะ.....	เครื่อง	
๕	นาฬิกา ยี่ห้อ.....สี..... ลักษณะ.....	เรือน	
๖	อื่น ๆ (ระบุ).....		

ทรัพย์สิน ไม่มี มี

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	ธนบัตรใบหนึ่งพันบาท	ใบ	
๒	ธนบัตรใบห้าร้อยบาท	ใบ	
๓	ธนบัตรใบหนึ่งร้อยบาท	ใบ	
๔	ธนบัตรใบห้าสิบบาท	ใบ	
๕	ธนบัตรใบยี่สิบบาท	ใบ	

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	เหรียญสิบบาท	เหรียญ	
๒	เหรียญห้าบาท	เหรียญ	
๓	เหรียญสองบาท	เหรียญ	
๔	เหรียญหนึ่งบาท	เหรียญ	
๕	เหรียญห้าสิบบาท/เหรียญยี่สิบบาท	เหรียญ	

อื่น ๆ ไม่มี มี

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้รับทรัพย์สิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ผู้รับทรัพย์สิน
(.....)

