**แบบรายงานการสอบสวนโรคการเจ็บป่วยจากความร้อนชนิดรุนแรง**

วันที่ทำการสอบสวน วันที่ \_\_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หลักสูตรการฝึก 􀀓การฝึกทหารใหม่ ผู้เข้ารับการฝึกจำนวน………….....นาย

 􀀓ระบุชื่อหลักสูตร.........................................................ผู้เข้ารับการฝึกจำนวน…………นาย

สถานที่ฝึก.........................................การฝึกเริ่มตั้งแต่วันที่.............................ถึง..............................

**ส่วนที่1 ส่วนที่เกี่ยวข้องหน่วยฝึกทหารใหม่**

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

ยศ - ชื่อ - สกุล .........................................................................................สังกัด.....................หน่วยฝึก................. อายุ .......... ปีการศึกษาสูงสุดที่จบ..............................................

แรกเข้า นน ......... กก. ส่วนสูง.........ซม.BMI……………ขณะเริ่มป่วย นน ......... กก. ส่วนสูง.........ซม.BMI……………….

อาชีพหลักก่อนมาเป็นทหารคืออาชีพอะไร

 􀀓นักเรียน/นักศึกษา 􀀓ลูกจ้างโรงงาน/บริษัท 􀀓กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน

 􀀓ว่างงาน 􀀓ลูกจ้างร้านค้า 􀀓ประมง/ทำนา/ทำไร่

 􀀓ค้าขาย 􀀓อื่นๆ ระบุ.........................................................................

ลักษณะสถานที่ทำงานก่อนมาเป็นทหาร

 􀀓ห้องแอร์ 􀀓กลางแจ้ง

 􀀓ห้องไม่ติดแอร์ 􀀓อื่นๆระบุ.......................................................................

**2. ประวัติการเจ็บป่วยก่อนมีอาการ**

2.1 ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร 􀀓ไม่เคย􀀓แพ้ยา/อาหารชนิด ระบุ..................................................................

 2.2 โรคประจำตัว 􀀓ไม่มี 􀀓มี ระบุ..................................................................

 2.3 ประวัติการดื่มสุรา 􀀓ดื่มจำนวน..........ต่อวันครั้งหลังสุด......................เมื่อ.................

 􀀓ไม่ดื่ม

 2.4 ประวัติการยาเสพติดอื่นๆ 􀀓เสพชนิดที่เสพ..........................................จำนวน.............ต่อวัน􀀓ไม่เสพ

เคยตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะขณะเข้าประจำการ 􀀓เคย ผล 􀀓Positive 􀀓Negative

 􀀓ไม่เคย

 2.5 ข้อมูลจากการประเมินอาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลมร้อนประจำวัน

 - มีอาการท้องเสีย 􀀓ไม่มี􀀓มีเมื่อ......................................................................................

 - ตั้งแต่เข้าประจำการมีอาการเจ็บป่วย 􀀓ไม่มี􀀓มีจำนวน..........ครั้ง (ล่าสุดเมื่อวันที่............................)

ในกรณีมีการเจ็บป่วย

 - ได้ไปตรวจที่โรงพยาบาล หน่วยพยาบาล หรือ หน่วยตรวจโรค 􀀓ไม่ได้ไป􀀓ไป

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น.................................................................(วันที่............................................)

 - ได้รับการทุเลาฝึก 􀀓ไม่ได้รับ􀀓ได้รับ(วันที่....................................ถึง วันที่............................................)

 - ได้นอนโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาการเจ็บป่วย 􀀓ไม่ได้นอน􀀓นอน เป็นเวลา..............วัน

(วันที่.....................)

* 1. ประวัติการใช้ยาก่อนป่วย􀀓ไม่ใช้􀀓ใช้ยา.........................................(วันที่...................................)

 2.7 มีบาดแผล ฝี หนอง ผิวหนังอักเสบ􀀓ไม่มี มี(วันที่............................................)

 2.8 มีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย ไม่มี 􀀓 มี (วันที่............................................)

 2.9 การนอนหลับพักผ่อนคืนก่อนมีอาการ􀀓ไม่ได้นอนเลยทั้งคืน􀀓นอนหลับๆตื่นๆ􀀓นอนหลับตามปกติ เป็นเวลาประมาณ.............ชม. 􀀓จำไม่ได้/ไม่ทราบ

**3. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากความร้อน**

3.1 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการเกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนในสัปดาห์แรก เมื่อวันที่..........................

 จัดอยู่ในกลุ่ม 􀀓ไม่เสี่ยง 􀀓เสี่ยง 􀀓เสี่ยงมาก

ติดสัญลักษณ์สี 􀀓ไม่ติด 􀀓ขาว 􀀓เหลือง 􀀓แดง

 การแยกฝึกตามจริง 􀀓ไม่ได้แยก 􀀓แยกฝึกเบาๆ 􀀓แยกแต่ไม่ได้ฝึก

3.2 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการเกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนประจำวันล่าสุด เมื่อวันที่.........................

 เวลา.................................................

 จัดอยู่ในกลุ่ม 􀀓ไม่เสี่ยง 􀀓เสี่ยง 􀀓เสี่ยงมาก

ติดสัญลักษณ์สี 􀀓ไม่ติด 􀀓ขาว 􀀓เหลือง 􀀓แดง

 การแยกฝึกจัดอยู่ในกลุ่ม 􀀓ไม่ได้แยก 􀀓แยกฝึกเบาๆ 􀀓แยกแต่ไม่ได้ฝึก

* 1. การดื่มน้ำ(ตั้งแต่เช้าจนเกิดอาการ)
* วันก่อนเกิดอาการ 􀀓ไม่ได้ดื่ม􀀓ดื่มประมาณ .....................มิลลิลิตร
* วันเกิดอาการ 􀀓ไม่ได้ดื่ม􀀓ดื่มประมาณ .....................มิลลิลิตร

 3.4 สีปัสสาวะ

* วันก่อนเกิดอาการ เช้า ระดับ.....................บ่าย ระดับ....................ก่อนนอน ระดับ...........................
* วันเกิดอาการ เช้า ระดับ..................... บ่าย ระดับ....................ก่อนนอน ระดับ...........................

 3.5 อุณหภูมิกาย

 - วันก่อนเกิดอาการ เช้า............องศาเซลเซียส บ่าย..............องศาเซลเซียส ก่อนนอน..............องศาเซลเซียส

 - วันเกิดอาการ เช้า............องศาเซลเซียส บ่าย..............องศาเซลเซียส ก่อนนอน..............องศาเซลเซียส

3.6 ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหรือการเจ็บป่วยจากความร้อนจากการฝึกจากใคร

􀀓น.เวชกรรมป้องกัน รพ.ทบ. 􀀓ส.พยาบาล

 􀀓ผู้ฝึก / ผช.ครูฝึก 􀀓อื่นๆ....................................

 เมื่อวันที่.......................................โดยวิธี……………………………………………………………….

3.7 เวลาที่เกิดอาการและอาการแสดง วันที่ .............................. เวลา...................................

 อาการที่พบ.......................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

มีผู้ป่วยจากความร้อนร่วมด้วย..............คน

 3.5 การปฐมพยาบาลเพื่อลดอุณหภูมิกายครั้งแรก เวลา.......................เวลาที่ถึงโรงพยาบาลประมาณ....................

การลดอุณหภูมิที่ได้ทำก่อนถึงโรงพยาบาล􀀓ไม่ได้ทำ 􀀓ทำระบุ ……..........................................................

 **3.6 อาการเจ็บป่วยวันที่มีอาการและวันที่ก่อนเกิดอาการ**…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**4. ข้อมูลการเจ็บป่วยโปรดระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

􀀓มีเดินเซ 􀀓มีกระหายน้ำ

􀀓มีกล้ามเนื้อเกร็ง 􀀓มีคลื่นไส้อาเจียน

􀀓มีปวดศีรษะ 􀀓มีกล้ามเนื้อกระตุกหรืออ่อนแรง

􀀓มีสับสน 􀀓มีวิงเวียนศีรษะ/เป็นลม

􀀓มีเพ้อ 􀀓มีชัก

􀀓มีหมดสติ 􀀓มีท้องเสีย

 􀀓มีเหงื่อออกมาก 􀀓มีไม่มีเหงื่อ

**5.สภาพแวดล้อมขณะฝึกและในห้วงเกิดเหตุ**

**5.1 พื้นที่ฝึก**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 􀀓 | **กลางแจ้ง** | 􀀓 | พื้นซีเมนต์/ยางมะตอย | 􀀓 | พื้นหญ้า |
| 􀀓 | **ใต้ร่มเงาต้นไม้/อาคาร** | 􀀓 | พื้นซีเมนต์/ยางมะตอย | 􀀓 | พื้นหญ้า |
| 􀀓 | **ภายในอาคาร** | 􀀓 | พื้นซีเมนต์/ยางมะตอย | 􀀓 | พื้นหญ้า |
| 􀀓 | อื่นๆระบุ……………………….. | 􀀓 | พื้นซีเมนต์/ยางมะตอย | 􀀓 | พื้นหญ้า |

* 1. **การถ่ายเทของอากาศในพื้นที่การฝึก (เลือกเพียงข้อเดียว)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 􀀓 | ลมเย็นพัดถ่ายเทดีมาก | 􀀓 | ลมเย็นพัดบ้างบางครั้ง | 􀀓 | ไม่มีลมเลย/ อับลม |
| 􀀓 | ลมร้อนพัดผ่านตลอด | 􀀓 | ลมร้อนพัดบ้างบางครั้ง |  |  |

* 1. **การวัดสัญญาณธง**􀀓**มี** 􀀓ไม่มีเพราะ...................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เวลา** | **วันก่อนเกิดอาการ** | **วันเกิดอาการ** |
| **ค่าดัชนีความร้อน** | **สัญญาณธงสี** | **ค่าดัชนีความร้อน** | **สัญญาณธงสี** |
| **0800** |  |  |  |  |
| **1000** |  |  |  |  |
| **1300** |  |  |  |  |
| **1500** |  |  |  |  |
| **1700** |  |  |  |  |

 **5.4 การปฏิบัติตามสัญญาณธง**􀀓**ปฏิบัติ** 􀀓ไม่ปฏิบัติเพราะ...................................

**6. ลักษณะโรงนอน**

􀀓แออัดระยะห่างน้อยกว่า 3 ฟุต 􀀓โปร่ง โล่ง ระบายอากาศได้ดี

􀀓อื่นๆ ระบุ...................................

อุณหภูมิโรงนอนคืนก่อนมีอาการ เวลา 1900.........................องศาเซลเซียส

เวลา 2100.........................องศาเซลเซียส เวลา 2200.........................องศาเซลเซียส

7. **การจัดน้ำดื่มให้ทหาร**

 **7.1 ห้วงระหว่างการฝึก**

 􀀓จัดจุดบริการน้ำดื่มให้ทหารเป็นถังน้ำ มีแก้วตัก จำนวนแก้ว......ใบ จำนวนจุดบริการ......จุด

 􀀓กระบอกน้ำ พลาสติกพกประจำกาย

 􀀓กระเป๋าเป้น้ำ (camel bag)

 􀀓กระติกน้ำทหาร

 **7.2 ห้วงหลังการฝึก**

 􀀓จัดจุดบริการน้ำดื่มให้ทหารเป็นถังน้ำ มีแก้วตัก จำนวนแก้ว......ใบ จำนวนจุดบริการ......จุด

 􀀓กระบอกน้ำ พลาสติก พกประจำกาย

 􀀓กระเป๋าเป้น้ำ (camel bag)

 􀀓กระติดน้ำทหาร

 􀀓มีขวดน้ำหัวเตียง

**8. ลักษณะชุดที่สวมใส่ขณะเกิดอาการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 􀀓 | เสื้อยืดคอกลมกางเกงขาสั้นรองเท้าผ้าใบ | 􀀓 | ถอดเสื้อ กางเกงขาสั้นรองเท้าผ้าใบ |
| 􀀓 | เสื้อยืดกางเกงขายาวรองเท้าคอมแบท | 􀀓 | ถอดเสื้อ กางเกงขายาวรองเท้าคอมแบท |
| 􀀓 | ชุดฝึกหมวกกระบังอ่อนรองเท้าคอมแบท | 􀀓 | ชุดฝึกหมวกเหล็กปืน เป้หลัง รองเท้าคอมแบท |
| 􀀓 | อื่นๆ ระบุ............................................................. |  |  |

**9. มีชุดปฐมพยาบาลไปกับทหารทุกจุด** 􀀓**มี**􀀓ไม่มีเพราะ....................................................................................

**10. มีนายสิบพยาบาล/ผู้ช่วยนายสิบพยาบาล/ผู้ที่ทำหน้าที่แทนนายสิบพยาบาล อยู่ประจำหน่วยฝึกตลอดเวลา** 􀀓**มี** 􀀓ไม่มีเพราะ.............................................................

**11. มีรถพยาบาล/รถนำส่ง รพ. อยู่กับทหารตลอดเวลา**􀀓**มี**􀀓ไม่มีเพราะ.........................................................

**12. ตารางกิจกรรมของหน่วยฝึกทหารใหม่ก่อนและวันที่มีอาการ**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**บันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ผู้บังคับบัญชา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยขณะทำการฝึก\***

ผู้บังคับหน่วย ยศ-ชื่อ นามสกุล...............................................................................เบอร์มือถือ...............................

ผู้ฝึก ยศ-ชื่อ นามสกุล..............................................................................................เบอร์มือถือ...............................

นายสิบพยาบาลยศ-ชื่อ นามสกุล...........................................................................เบอร์มือถือ...............................

*\*หมายเหตุ ชื่อ และเบอร์โทร ไว้สำหรับการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมของ ทีมสอบสวนโรค กสวป.พบ.*

**ผู้รายงาน**..................................................**ตำแหน่ง** ……………………โทร...................…วดป......................เวลา.............

**ส่วนที่2 สำหรับเจ้าหน้าที่สายแพทย์ ( รพ.ทบ. หรือ รพ.สธ. ที่นำส่ง )**

**1. ข้อมูลจากการตรวจ**เมื่อ .........................................(ว/ด/ปที่ตรวจ)เวลา............................

เวลาตั้งแต่หน่วยฝึกถึงห้องฉุกเฉิน..............นาที เวลาตั้งแต่ห้องฉุกเฉินย้ายเข้าหอผู้ป่วย/refer……………..นาที

ไข้ 􀀓ไม่มี􀀓มี Peripheral Temp…..…..องศาซ. ,Core Temp ……องศาซ.

หัวใจเต้นเร็ว 􀀓ไม่มี􀀓มี ชีพจร ..................... ครั้ง/นาที

ความดันโลหิตต่ำ􀀓ไม่มี􀀓มี ความดันโลหิต...................มม.ปรอท

หายใจเร็ว 􀀓ไม่มี􀀓มี อัตราการหายใจ…………................ครั้ง/นาที

ปัสสาวะออกน้อย􀀓ไม่มี􀀓มีUrine sp.gr... …………………………….....

CPK 􀀓ปกติ 􀀓ผิดปกติ คือ………………………………………………………

Electrolytes 􀀓ปกติ􀀓ผิดปกติ คือ .................................................................................

Urine electrolyte 􀀓ปกติ 􀀓ผิดปกติ คือ………………………………………………………

DTX / Blood sugar 􀀓ปกติ 􀀓ผิดปกติ คือ………………………………………………………

การทำงานของไต 􀀓ปกติ 􀀓ผิดปกติ คือ………………………………………………………

การทำงานของตับ􀀓ปกติ 􀀓ผิดปกติ คือ………………………………………………………

CBC WBC………………………………………

Hematocrit……………………………..

Platelet count……………………………

UA………………………………..

􀀓อื่นๆระบุ...............................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ**

พิการทางสมอง 􀀓ไม่มี􀀓มีตรวจพบวันที่....................... การรักษา............................................

ไตวาย 􀀓ไม่มี􀀓มีตรวจพบวันที่........................การรักษา.............................................

ตับวาย 􀀓ไม่มี􀀓มีตรวจพบวันที่........................การรักษา............................................

น้ำท่วมปอด 􀀓ไม่มี􀀓มีตรวจพบวันที่........................การรักษา............................................

กล้ามเนื้อสลาย ( Rhabdomyolysis ) 􀀓ไม่มี􀀓มี ผลการตรวจ.......................................วันที่…............

มีการติดเชื้อ.............................................ตรวจพบวันที่....................... การรักษา............................................

􀀓อื่นๆระบุ…………………………………………………………………………………………………………………………

**3. การวินิจฉัย** 􀀓**Heat Exhaustion**

􀀓**Heat Stroke**

􀀓อื่นๆระบุ…………………………………

**4. การรักษา**ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ ..............................................................................วันที่..................................

* ผลการรักษา 􀀓กำลังรักษาที่..........................................

􀀓ส่งต่อ รพ. .........................วันที่........................ เนื่องจาก ..........................................

􀀓หายD/C วันที่.........................

􀀓มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ .....................................􀀓 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

􀀓เสียชีวิตวันที่ ............................ที่ รพ. ..........................................

**5.** แพทย์เจ้าของไข้\* ยศ-ชื่อ นามสกุล..............................................................................เบอร์มือถือ.............................

*\*หมายเหตุ ชื่อ และเบอร์โทร ไว้สำหรับการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมของ ทีมสอบสวนโรค กสวป.พบ.*

**ถอดบทเรียนการเจ็บป่วยจากความร้อนชนิดรุนแรง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สาเหตุของการเกิดโรค** | **วิธีการแก้ไข** | **ผลลัพธ์การแก้ไข** |
|  |  |  |

*\*หมายเหตุ ชื่อ และเบอร์โทร ไว้สำหรับการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมของ ทีมสอบสวนโรค กสวป.พบ.*

**ผู้รายงาน**.................................... ……………………….....**ตำแหน่ง** ……………………………………….

**ที่ทำงาน** ........................................................**วันที่รายงาน** .........................**โทรศัพท์**......................................