

## แบบรายงานการสอบสวนโรค หรืออาการเจ็บป่วยจากความร้อน

### ส่วนที่ 1 สำหรับ ครูฝึก / ผู้นำส่ง หรือ เจ้าหน้าที่สายแพทย์ประจำหน่วยฝึก

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

1. ยศ - ชื่อ - สกุล .....สังกัด.....อายุ ..... ปี นน ..... กก. ส่วนสูง.....ซม.
2. สถานที่เกิดเหตุ : หน่วย ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
3. ชื่อหลักสูตรการฝึก .....ผู้เข้ารับการฝึกจำนวน.....นาย
4. สถานที่ฝึก.....การฝึกเริ่มตั้งแต่วันที่.....ถึง.....
5. เวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยจากความร้อน .....น.  
อาการที่พบ.....มีผู้ป่วยจากความร้อนร่วมด้วย.....คน
6. ผู้ป่วย ทำกิจกรรมอะไรขณะป่วยหรือมีอาการ.....
7. ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหรืออาการเจ็บป่วยจากความร้อนจากการฝึกจากใคร.....  
เมื่อใด.....โดยวิธี.....

#### 2. ประวัติก่อนป่วย

1. ประวัติการ ต้มสุรา  ไม่ต้ม  ต้ม จำนวน.....ต่อวัน ครั้งหลังสุด.....เมื่อ.....
2. ประวัติการสูบบุหรี่  ไม่สูบ  สูบ จำนวน.....ต่อวันสูบบานาน.....ปี
3. ข้อมูลจากการประเมินอาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลมร้อนประจำวัน  
- มีอาการท้องเสีย  ไม่มี  มี เมื่อ.....  
- มีอาการป่วย ( ภายใน 1-2 สัปดาห์ )  ไม่มี  มี ( เป็นไข้/ เป็นหวัด/ ท้องเสีย/ บวมแดง/ ผดผื่นจาก ความร้อน หรือการเจ็บป่วยจากความร้อนอื่นๆ ) ระบุ.....เมื่อ.....
4. ประวัติการใช้ยาก่อนป่วย  ไม่ใช่  ใช่ ยา.....
5. มีบาดแผล หรือมีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย  ไม่มี  มี เมื่อ.....

#### 3. สภาพแวดล้อมขณะฝึก และในห้วงเกิดเหตุ

1. พื้นที่พัก  โลงกลางแดด  พื้นซีเมนต์  พื้นหญ้า  ร่ม ใต้อาคาร  อื่นๆ ระบุ.....
2. การตรวจวัดสภาพความร้อน  ไม่มี  มี  
- เวลา.....ค่าความชื้นสัมพัทธ์ =.....% สัญญาณธงสี.....  
- เวลา.....ค่าความชื้นสัมพัทธ์ =.....% สัญญาณธงสี.....  
- เวลา.....ค่าความชื้นสัมพัทธ์ =.....% สัญญาณธงสี.....  
- เวลา.....ค่าความชื้นสัมพัทธ์ =.....% สัญญาณธงสี.....
3. ก่อนฝึก, ขณะฝึกดื่มน้ำ  ไม่ได้ดื่ม  ดื่ม ประมาณ .....แก้ว
4. ลักษณะชุดที่สวมใส่ขณะเกิดอาการ  
 กางเกงขาสั้น เสื้อยืดคอกลม รองเท้าผ้าใบ  เสื้อยืด กางเกงขายาว รองเท้าคอมแบท  
 ชุดฝึก หมวกกระบังอ่อน รองเท้าคอมแบท  ชุดฝึก หมวกเหล็ก ปืน เป้หลัง รองเท้าคอมแบท  
 อื่นๆ ระบุ.....

4. ข้อมูลการเจ็บป่วย อาการที่พบ ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

|                 |  |                             |  |
|-----------------|--|-----------------------------|--|
| เดินเซ          | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | กระหายน้ำ                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| กล้ามเนื้อเกร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | คลื่นไส้อาเจียน             | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| ปวดศีรษะ        | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | กล้ามเนื้อกระตุกหรืออ่อนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| สับสน           | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | วิงเวียนศีรษะ/เป็นลม        | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| แพ้             | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ชัก                         | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| หมดสติ          | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ท้องเสีย                    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| เหงื่อออกมาก    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ไม่มีเหงื่อ                 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |

ผู้รายงาน .....ตำแหน่ง .....โทร.....วดป.....เวลา.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่สายแพทย์ ( รพ.ทบ. หรือ รพ.สต. ที่นำส่ง )

1. ข้อมูลจากการตรวจ เมื่อ .....(ว/ด/ป ที่ตรวจ) เวลา.....

|  |  |   |
|--|--|---|
| ไข้                                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี               | Peripheral Temp.....องศา ซ. ,Core Temp .....องศา ซ. |
| หัวใจเต้นเร็ว                            | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี               | ชีพจร ..... ครั้ง/นาที                              |
| ความดันโลหิตต่ำ                          | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี               | ความดันโลหิต.....มม.ปรอท                            |
| หายใจเร็ว                                | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี               | อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที                        |
| ปัสสาวะออกน้อย                           | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี               | Urine sp.gr... ..                                   |
| Electrolytes                             | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ คือ ..... |   |
| Urine electrolyte                        | <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ คือ.....  |   |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |  |   |

2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| พิการทางสมอง                             | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ตรวจพบวันที่.....         |
| ไตวาย                                    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ตรวจพบวันที่.....         |
| ตับวาย                                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ตรวจพบวันที่.....         |
| น้ำท่วมปอด                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ตรวจพบวันที่.....         |
| กล้ามเนื้อสลาย ( Rhabdomyolysis )        | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ผลการตรวจ.....วันที่..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |  |                           |

3. การวินิจฉัย  Heat exhaustion  Heat Stroke  อื่นๆ ระบุ.....

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

- ผลการรักษา  กำลังรักษา ที่.....  ส่งต่อ รพ. ....วันที่.....
- หาย D/C วันที่.....  พิการ  เสียชีวิตวันที่ .....ที่.รพ. ....

ผู้รายงาน .....ตำแหน่ง .....

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