

แบบสอบถามการบาดเจ็บจากการจราจร
(ใ้ร่วมกับ แบบสอบถามกรณีอุบัติเหตุจากการจราจร)

อุบัติเหตุ.....จำนวนผู้ประสบเหตุ..... รวมผู้เสียชีวิต.....คน admit.....คน

วัน...../...../.....เวลา..... พิกัด GIS (lat/lon) N_ _ _ _ _ E_ _ _ _ _

สถานที่เกิดเหตุ.....

ผู้ขับขี่ (สัมภาษณ์จากผู้ขับขี่เองหรือผู้ใกล้ชิดในกรณีผู้ขับขี่เสียชีวิต)

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ(1)ชาย (2)หญิง สัญชาติ (1)ไทย (2)อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ (1)ข้าราชการ ระบุ..... (2)เกษตรกร (3)พนักงานบริษัท (4)ค้าขาย (5)ผู้ใช้แรงงาน (6)นักเรียน/นักศึกษา (7)อื่นๆระบุ.....

ความคุ้นเคยกับเส้นทาง (1)คนในพื้นที่ (ในตำบล/แขวง) (2)คนนอกพื้นที่(ในจังหวัด) (3)คนนอกเขต.....

โรคประจำตัว (1)ไม่มี (2)เบาหวาน (3)เส้นเลือดหัวใจตีบ (4)ลมชัก (5)หูตึง (6)สายตาสั้น/ยาว (7)อื่นๆ.....

สภาพอารมณ์ขณะเกิดเหตุ (1)ปกติ (2)โกรธมาก (3)เสียใจมาก (4)วิตกกังวล (5)อื่นๆระบุ..... (6)ไม่ทราบ

จุดประสงค์การเดินทางเพื่อ

สถานะผู้ขับขี่ (1)เสียชีวิต (2)บาดเจ็บรุนแรง(admit) (3)บาดเจ็บเล็กน้อย(OPD) (4)ไม่บาดเจ็บ

สถานที่เสียชีวิต(ในกรณีเสียชีวิต) (1)เสียชีวิตที่เกิดเหตุ (2)เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (3)เสียชีวิตที่โรงพยาบาล

นำส่งโรงพยาบาลโดย (1)ผู้ประสบเหตุ (2)เจ้าหน้าที่ตำรวจ (3)มูลนิธิ/อาสาสมัคร

(4) หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (5)หน่วยกู้ชีพขั้นสูง (6)ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์

Personal ID _____

Event ID _____

คู่มือนี้ฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

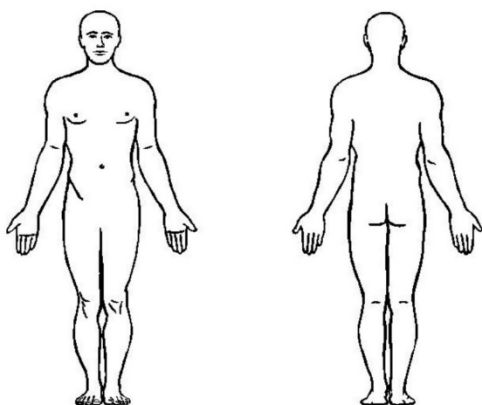
ปัจจัยด้านพฤติกรรมซ้ำที่อาจเพิ่มความรุนแรงในการบาดเจ็บ

ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
มีเข็มขัดนิรภัย				
คาดเข็มขัดนิรภัย				
ถูกลมนิรภัยทำงาน				
นั่งบริเวณที่ห้องโดยสารหลุดตัว/ หรือถูกชน				ระบุ
กระแทกกับส่วนใดส่วนหนึ่งของอุปกรณ์โดยสาร				ระบุ
หลุดออกจากห้องโดยสาร				ระบุ

สาเหตุของการไม่คาดเข็มขัดคือ.....

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและปัจจัยเพิ่มความรุนแรงอื่นๆ ระบุ

ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ



ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

สาเหตุการตาย..และการบาดเจ็บ

ICD-code	AIS Name	BR	AIS	ISS	Aspect	Injury Source	Confidence	Rank

บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่น ๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆรอดชีวิต)

ตำรวจเจ้าของคดี.....เบอร์โทร.....ผู้ให้ข้อมูล.....เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทร.....

Personal ID _____

Event ID _____

คู่มือนี้ฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3**ส่วนเพิ่มเติมแบบสอบถามผู้ขับขี่กรณี พบผู้ขับขี่ หลังเกิดเหตุ**

การตรวจลมหายใจ	ลักษณะท่าทางและพฤติกรรม	ลักษณะการพูด	ลักษณะร่างกายภายนอก	อื่นๆ
.....กลิ่นแอลกอฮอล์	.....กลัว	.....พูดมากพูดตลอดเวลา	.....คั่นบริเวณใบหน้า	.....จมูกบวมแดง
.....กลิ่นกัญชา	.....ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ (เช่น ต้องเดินไปเดินมาตลอดเวลา)	.....พูดซ้ำ ยาน	.....ปากแห้ง	.....คัดจมูก
.....กลิ่นสารเคมี	.....กระวนกระวาย	.....พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องบ่อย	.....สัปหงก	.....แผ่รอยขีดข่วน (มักพบบริเวณเส้นเลือดดำ)
.....อื่นๆ (โปรดบรรยาย)	.....ตื่นตื่น	.....พูดเร็วผิดปกติ	.....ตาหิรีปรือ	.....เหงื่อแตก
ลักษณะใบหน้า	.....ก้าวร้าว	.....พูดซ้ำผิดปกติ	.....เสียงแหบต่ำ	.....ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
.....ปกติ	.....เมินเฉยไม่สนใจ	.....พูดไม่รู้เรื่อง	.....ตัวสั่น	.....เสพยา
.....แดงกำ	.....ขาดความยับยั้งชั่งใจ	.....พูดซ้ำๆ	.....กัดฟัน	.....พบเม็ดยา
.....ซีด	.....ไม่สามารถบอก เวลาสถานที่ หรือ บุคคลที่สนทนาด้วยได้		.....แรงกล้ามเนื้อปกติ	.....พบขวดยา (vial)
.....อื่นๆ (บรรยาย)	.....เชื่องซึม		.....แรงกล้ามเนื้อแข็งแรง	.....พบเข็มฉีดยา
ลักษณะโดยทั่วไป	.....สับสนวุ่นวาย		.....แรงกล้ามเนื้ออ่อนแอ	.....พบอุปกรณ์
.....สะอาดปกติ	.....เห็นภาพหลอน			
.....เป็นระเบียบเรียบร้อย				
.....เปื้อนเลือด	.....สูญเสียความทรงจำ			
.....เปื้อนอาเจียน	.....อารมณ์เปลี่ยนไปมาอย่างรวดเร็ว			
.....เปื้อนปัสสาวะ	.....สุภาพ			
ลักษณะดวงตา	.....รู้สึกต่อต้าน			
.....ปกติ	.....มีนงง หมดสติ			
.....ตาแฉะ	.....ให้ความร่วมมือดี			
.....ตาแดง	.....หัวเราะอารมณ์ดี			
.....มีเลือดออกบริเวณตาขาว	.....ดูถูกดูแคลน เสียดสี			
	.....ได้เถียงตลอดเวลา			