



## Instructor Slate DCS Field Evaluation



ชื่อนักเรียน: \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มกิจกรรม: \_\_\_\_\_

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| สัมภาษณ์นักดำน้ำ (และ / หรือ บั๊ดดี้)   |                               |
| Check one: <input type="checkbox"/> อากาศ <input type="checkbox"/> ไนโตรก <input type="checkbox"/> Trimix _____ O2% |                               |
| มีเหตุการณ์ผิดปกติใด ๆ?   |                               |
| อากาศหมด ฉุกเฉิน  | ติดกับสิ่งกีดขวาง, บางสิ่ง    |
| การทำงานผิดปกติของอุปกรณ์   | การออกแรงมากเกินไป            |
| แยกกันกับบั๊ดดี้  | เสียการควบคุมการลอยตัว        |
| อื่นๆ:  | ขึ้นอย่างรวดเร็ว              |
| ประวัติก่อนหน้าของ DCS? <input type="checkbox"/> ไม่. <input type="checkbox"/> มี (อธิบาย, ถ้ามี)                   |                               |
| ปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ? <input type="checkbox"/> ไม่. <input type="checkbox"/> มี (อธิบาย, ถ้ามี)                   |                               |
| สัญญาณและอาการแสดงของ DCS   |                               |
| รอยผื่นที่ผิวหนัง   | การได้ยินถูกรบกวน หูอื้อ      |
| รู้สึกเสียวซ่าหรือชา  | การเห็นผิดปกติ                |
| ปวดข้อหรือแขนขา   | พุดจาอ้อแอ้ สับสน             |
| อาการปวดหลังหรือปวดท้อง   | หายใจลำบาก                    |
| เจ็บหน้าอกหรือไม่สบาย   | อาการไอรุนแรง                 |
| ความเหนื่อยล้ามาก   | มีเลือดหรือฟองในปาก           |
| การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  | อัมพาต                        |
| การสูญเสียการประสานงาน  | อาการชัก                      |
| เวียนหัว  | หมดสติ                        |
| สับสน   | หัวใจหยุดเต้น                 |
| คอววม   | ซีฟจรผิดปกติหรือเต้นเร็ว      |
| เสียงที่ผิดปกติ   | มีสัญญาณอาการช็อค             |
| การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ต้องสงสัย DCS   |                               |
| ติดต่อแพทย์ฉุกเฉิน / ดูแลทางการแพทย์  | ให้ออกซิเจน                   |
| ให้ผู้ป่วยนอนลง(ด้านซ้าย)   | สังเกตการณ์อาการผู้ป่วย       |
| ให้ช่องเหลวตี๋ม(ถ้ามีสติ)   | ช่วยเหลือ ปฐมพยาบาล อาการช็อค |
|   | ทำ CPR บั๊มหัวใจ              |

# แบบฟอร์ม ประเมินระบบประสาท 5 นาที

การทดสอบระบบประสาทนี้ ควรทำทันทีที่สงสัยว่าผู้ป่วยเป็น DCS , และทำซ้ำๆ เป็นระยะ ถ้าการช่วยเหลือทางการแพทย์ล่าช้า ; จดบันทึกการเฝ้าสังเกต, และ บันทึกเวลา

- ดูความเปลี่ยนแปลง จากอาการที่ควรเป็นปกติ
- ดูความแตกต่าง, ของส่วนต่างๆ จากด้านหนึ่งกับอีกด้าน
- ดูความเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป

|   |   |
|---|---|
| Orientation<br>ขั้นต้น                      | Ask patient his/her name, age, the location, date, and / or approximate time of day; evaluate overall alertness.<br>ถามชื่อผู้ป่วย, อายุ, สถานที่, วันที่, และ/หรือ เวลาโดยประมาณของวัน; ประเมินการรู้สึกตัวโดยรวม  |
| Eyes<br>ตา                                  | Ask patient track your moving finger, evaluate uniform and fluid movement of eyes; also check pupil size and reaction to light; inquire about blurred vision or other visual disturbances.<br>ให้ผู้ป่วยมองตามนิ้วที่เลื่อนไปมา, ประเมินการเคลื่อนไหวของดวงตาและของเหลวอย่างสม่ำเสมอ; ตรวจสอบขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง; สอบถามเกี่ยวกับการมองเห็น, เห็นเบลอหรือการรบกวนทางสายตาดอื่น ๆ |
| Forehead<br>หน้าผาก                         | Check sensation, in response to touch; ask patient to raise and lower eyebrows, evaluate uniform movement.<br>ตรวจสอบความรู้สึก, ในการตอบสนองต่อการสัมผัส; ขอให้ผู้ป่วยยกคิ้วขึ้นลง, ประเมินการเคลื่อนไหว   |
| Face<br>หน้า                                | Ask patient to whistle, smile and / or clench teeth, evaluate uniform movement, and check for equal tension in jaw muscles.<br>ขอให้ผู้ป่วยพึมพำ, ยิ้ม และ/หรือ ขบฟัน, ประเมินการเคลื่อนไหว, และตรวจสอบความตึงเท่ากันไหม ในกล้ามเนื้อกราม   |
| Ears<br>หู                                  | With patient's eyes closed, rub your fingers together and determine distance from each ear that patient hears this sound; inquire about ringing in ears or other hearing disturbances.<br>เมื่อให้ผู้ป่วยหลับตา, ให้ตัดนิ้วของคุณเข้า แล้ววัดระยะห่างจากหูแต่ละข้างที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงนี้ สอบถามเกี่ยวกับหูอื้อหรือเสียงรบกวนการได้ยินอื่น ๆ  |
| Gag Reflex<br>ปฏิกิริยาตอบสนองใน<br>ช่องปาก | Ask patient to swallow , observe movement of Adam's apple and / or neck muscles, watch for any difficulty.<br>ขอให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย, สังเกตการขยับของลูกกระเดือก และ/หรือ กล้ามเนื้อคอ, ดูความยากลำบากใดๆ  |
| Tongue<br>ลิ้น                              | Ask patient to stick out tongue, watch for any drooping or one-sided tendency.<br>ขอให้ผู้ป่วยแกลลิ้น, ดูว่ามีห้อยลง หรือข้างหนึ่งข้างใดย้อยลง  |
| Shoulders<br>ไหล่                           | Check sensation, in response to touch; ask patient to raise shoulders against resistance, compare muscle strength.<br>ตรวจสอบความรู้สึก, ในการตอบสนองต่อการสัมผัส; กดไหล่แล้ว ขอให้ผู้ป่วยยกไหล่, จากแรงต้าน เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  |
| Arms & Hands<br>แขนและมือ                   | Check sensation, in response to touch, ask patient to move arms against resistance and also ask patient to squeeze your hands, compare muscle strength.<br>ตรวจสอบความรู้สึก, ตอบสนองต่อการสัมผัส, จับแขนและขอให้ผู้ป่วยขยับแขน จากแรงต้าน และขอให้ผู้ป่วยบีบมือของคุณเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ   |
| Chest<br>หน้าอก                             | Check sensation, in response to touch; observe general breathing pattern, and inquire about any difficulty or discomfort.<br>ตรวจสอบความรู้สึก ในการตอบสนองต่อการสัมผัส; สังเกตรูปแบบการหายใจทั่วไปและสอบถามเกี่ยวกับความยากลำบากหรือความไม่สะดวกใดๆ  |
| Legs<br>ขา                                  | Check sensation, in response to touch, ask patient to move legs against resistance, compare muscle strength.<br>ตรวจสอบความรู้สึก ในการตอบสนองต่อการสัมผัส; ขอให้ผู้ป่วยขยับขาต้านแรงกับความต้านทาน, เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  |
| Heel-to-toe-Walk<br>เดิน จากส้นเท้าไปนิ้ว   | Observe patient's balance and coordination (use caution, or omit this exercise completely, on a moving boat).<br>สังเกตความสมดุลและการประสานงานของผู้ป่วย (ใช้ความระมัดระวังหรืองดเว้นการออกกำลังกายนี้ บนเรือที่กำลังแล่น)   |

ลายเซ็นนักเรียน : \_\_\_\_\_ วันที่จบหลักสูตร: \_\_\_\_\_