



ความถี่สูง

บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4610
วันที่ 29 ส.ค. 65
เวลา 15:45

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ)โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๒-๔ ต่อ ๓๐๓

ที่ สก.๐๐๓๓.๐๑๒/ว.๒๓๓๓ วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์น้ำท่วม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

๑. เรื่องเดิม

กรมอุตุนิยมวิทยา พยากรณ์อากาศ สภาพอากาศวันนี้ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ลมตะวันออกเฉียงใต้พัดปกคลุมบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนล่าง รวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และภาคตะวันออก ประกอบกับมรสุมตะวันตกเฉียงใต้กำลังอ่อนพัดปกคลุมทะเลอันดามัน ประเทศไทย และอ่าวไทย ลักษณะเช่นนี้ทำให้ประเทศไทยยังคงมีฝนฟ้าคะนองเกิดขึ้นได้ และมีฝนตกหนักบางแห่งบริเวณภาคกลางตอนล่าง รวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคตะวันออก และภาคใต้ฝั่งตะวันออก ขอให้ประชาชนในบริเวณดังกล่าวระวังอันตรายจากฝนตกหนักที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ไว้ด้วย

๒. ข้อเท็จจริง

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ขอให้ทุกจังหวัดเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์น้ำท่วมในพื้นที่ ดังนี้
๒.๑ ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำ และผู้ป่วยฟอกไต ฯลฯ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

๒.๒ สำรอง เตรียมเวชภัณฑ์ต่างๆรวมถึงออกซิเจนและน้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อใช้ในการปั่นไฟ

๒.๓ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอให้หน่วยงานของท่านเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์น้ำท่วมในพื้นที่ ดังนี้

๓.๑ สำรองข้อมูลตามแบบฟอร์ม แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์น้ำท่วม จังหวัดสระแก้ว ปี ๒๕๖๕ ส่งกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

๓.๒ หากเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมที่มีผลกระทบต่อประชาชนและหน่วยบริการ ให้รายงาน และขอความช่วยเหลือ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามฟอร์ม แบบรายงานสถานการณ์อุทกภัยฯ มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทางโทรศัพท์/LINE (นายอนุกุล อุทจิตร ๐๙๒-๓๑๐๒๒๗๗) และรายงานผู้บริหารแต่ละระดับทันที รายละเอียดแนบเรียนมาพร้อมนี้

๓. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ



เพื่อโปรดทราบ



เพื่อโปรดพิจารณา



เห็นความชอบ.....



อื่นๆ

๑. บริน

๒. กลุ่ม

๓. เสร็จ

๔. วนเวกรณ

(นางดารารัตน์ ไหวงค์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์น้ำท่วม จังหวัดสระแก้ว ปี ๒๕๖๕

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... จังหวัดสระแก้ว

| ลำดับ | หน่วยงาน/สถานบริการ | จำนวนผู้ป่วย (คน) | | | | วัสดุ/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ | | | แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (มี/ไม่มี) | หมายเหตุ |
|-------|---------------------|-------------------|---------------|-----------------------------------|------------|------------------------|--|--------------------------------|--|----------|
| | | ติดบ้าน (คน) | ติดเตียง (คน) | โรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำ (คน) | พอกไต (คน) | จำนวนออกซิเจน (ถัง) | น้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อใช้ในการปั่นไฟ (มี/ไม่) | อื่นๆ/หรือยาที่จำเป็น...(ระบุ) | | |
| ๑ | | | | | | | | | | |
| ๒ | | | | | | | | | | |
| ๓ | | | | | | | | | | |
| ๔ | | | | | | | | | | |
| ๕ | | | | | | | | | | |
| ๖ | | | | | | | | | | |
| ๗ | | | | | | | | | | |
| ๘ | | | | | | | | | | |
| ๙ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |



แบบรายงานสถานการณ์อุทกภัย วาตภัย และดินโคลนถล่ม
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ข้อมูล ณ วันที่เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ประเภทสาธารณภัย

- ☐ อุทกภัย ☐ วาตภัย ☐ ดินโคลนถล่ม
☐ น้ำป่าไหลหลาก ☐ ฝนตกหนัก ☐ น้ำล้นตลิ่ง แม่น้ำ/คลอง
☐ การระบายน้ำจากเขื่อน..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC)

ระดับอำเภอ ☐ ไม่มี ☐ มี เปิดเมื่อวันที่.....ปิดเมื่อวันที่.....

1. สถานการณ์พื้นที่ประสบภัย

สถานการณ์ของจังหวัด..... ณ วันที่ เวลา

2. พื้นที่และประชาชนได้รับผลกระทบ

| ลำดับ | อำเภอ | ตำบล | หมู่ที่/ชุมชน | ผลกระทบ | | | สถานการณ์อุทกภัย | |
|-------|-------|------|---------------|---------|-----------|-------------------------|---------------------|-----------------------|
| | | | | คน | ครัวเรือน | ด้านที่อยู่อาศัย (หลัง) | ฉุกเฉินแล้ว (จำนวน) | ยังไม่ฉุกเฉิน (จำนวน) |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - |

สถานการณ์ฉุกเฉินแล้ว ทุกอำเภอ เหลือเพียงน้ำท่วมค้างในพื้นที่ทางการเกษตรบางพื้นที่ ไม่กระทบต่อที่พักอาศัยและประชาชน

3. การจัดตั้งศูนย์พักพิง (ถ้ามี) **ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์พักพิง**

| ที่ | ชื่อศูนย์พักพิง | รายละเอียด | จำนวนผู้รับบริการ | หมายเหตุ |
|-----|-----------------|------------|-------------------|----------|
| 1 | - | - | - | - |

4. ผลกระทบทางด้านชีวิต

➤ ประชาชน ** ไม่พบผู้ได้รับบาดเจ็บและไม่มีผู้เสียชีวิต**

| ด้านชีวิต | จำนวน (ราย) | รายละเอียด |
|------------------|-------------|---------------------------------|
| 1. เสียชีวิต | - | ระบุสาเหตุของการเสียชีวิต..... |
| 2. ได้รับบาดเจ็บ | - | ระบุสาเหตุการได้รับบาดเจ็บ..... |

➤ บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ** ไม่พบบุคลากรในสังกัดได้รับบาดเจ็บและไม่มีผู้เสียชีวิต**

| ด้านชีวิต | จำนวน (ราย) | รายละเอียด |
|------------------|-------------|---------------------------------|
| 1. เสียชีวิต | - | ระบุสาเหตุของการเสียชีวิต..... |
| 2. ได้รับบาดเจ็บ | - | ระบุสาเหตุการได้รับบาดเจ็บ..... |

➤ สถานบริการที่ได้รับผลกระทบ จำนวน.....แห่ง (สถานบริการ หมายถึง สสจ. สสอ. รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.)

| ที่ | อำเภอ | ผลกระทบที่ได้รับ | สถานะ | | | จุดให้บริการทดแทน (กรณี ปิดให้บริการ) |
|-----|-------|------------------|----------|-------------|-----|--|
| | | | เปิดปกติ | เปิดบางส่วน | ปิด | |
| - | - | - | - | - | - | - |

5.การดำเนินการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

5.1 ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ จำนวนทีม

| ลำดับ | สถานที่ ให้บริการ | ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ | | | | | | | | |
|-------|----------------------|---------------------------|------|-----------|---------------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | | Thailand EMT | MERT | Mini MERT | หน่วยแพทย์เคลื่อนที่/SART | CDCU /JIT | MCATT | SEHRT | MSERT | อื่นๆ |
| 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

5.2 การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จำนวนหน่วย / ราย

| ลำดับ | รายชื่อหน่วย | จุดให้บริการ | การให้บริการทางการแพทย์ | | | | | | รวม (ราย) |
|-------|--------------|--------------|-------------------------|-------|---------------|--------------|------------------|-----------|--------------|
| | | | เยี่ยมบ้าน | แจกยา | การให้สุศึกษา | การตรวจรักษา | ประเมินสุขภาพจิต | การส่งต่อ | |
| 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

5.3 การเจ็บป่วยที่พบจากการให้บริการตรวจรักษา จำนวน ราย

| ลำดับ | รายละเอียดการตรวจโรค | จำนวน(ราย) | ลำดับ | รายละเอียดการตรวจโรค | จำนวน(ราย) |
|-------|---|------------|-------|-----------------------------------|------------|
| 1 | ระบบทางเดินหายใจ | - | 8 | ไข้เลือดออก | - |
| 2 | ระบบผิวหนัง เช่น แผล ผื่นคัน | - | 9 | อุจจาระร่วงเฉียบพลัน/อาหารเป็นพิษ | - |
| 3 | ระบบทางเดินอาหาร | - | 10 | น้ำกัดเท้า | - |
| 4 | ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก | - | 11 | เหนื่อย อ่อนเพลีย | - |
| 5 | ระบบหู ตา คอ จมูก | - | 12 | โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส | - |
| 6 | ปวดหัว เวียนศีรษะ | - | 13 | อื่นๆ ระบุ | - |
| 7 | อุบัติเหตุที่เกิดจากสาธารณภัย เช่น จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ เป็นต้น | - | | | |

➤ การส่งต่อ จำนวน.....ราย

| ลำดับ | รพ.นำส่ง | อาการนำส่ง |
|-------|----------|------------|
| 1 | - | - |

➤ การประเมินสุขภาพจิตราย

| ผลการให้บริการ | | | | | | |
|-----------------------|------|-----|--|--|--|------------------------------|
| ผู้มีความเครียด (ราย) | | | ผู้มีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้า (ราย) | ผู้มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย (ราย) | PTSD(Post Traumatic Stress Disoder) (ราย) | ต้องติดตาม ดูแลพิเศษ(ราย) |
| สูง | กลาง | ต่ำ | | | | |
| - | - | - | - | - | - | - |

5.4 การสุชาภิบาลและป้องกันโรค ครั้ง / จำนวนผู้รับบริการ.....(ราย)

| วัน/เดือน/ปี | กิจกรรม | สถานที่ปฏิบัติงาน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) | หมายเหตุ |
|--------------|---------|-------------------|------------------------|----------|
| - | - | - | - | - |

5.5 การเยี่ยมบ้าน ครั้ง / จำนวนผู้รับบริการ.....(ราย)

| วัน/เดือน/ปี | สถานที่ | ลักษณะกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) | หมายเหตุ |
|--------------|---------|----------------------------|------------------------|----------|
| - | - | - | - | - |

6 การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์

| รายการ | จำนวน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) | หมายเหตุ |
|--------|-------|------------------------|----------|
| | | | |

➤ การขอรับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากส่วนกลาง

| รายการ | จำนวน | หมายเหตุ |
|--------|-------|----------|
| | | |

7.ภาพสถานการณ์ / การปฏิบัติงาน

8.ข้อสั่งการหรือการดำเนินงานวันถัดไป (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ลงชื่อ ผู้รายงาน

ตำแหน่ง

โทรศัพท์

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....