**แบบฟอร์มรายงานสถานการณ์ อุทกภัย (ขณะเกิดภัย)**

**จังหวัด ชุมพร เขตบริการสุขภาพที่ 11**

**หน่วยงานรายงาน.....................................จังหวัด...........................................**

**ข้อมูล ณ วันที่ .......เดือน ....................... พ.ศ. ……………**

1. **บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบ**

1.1 บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ | รวม (ราย) | รายละเอียด |
| 1. เสียชีวิต |  |  |
| 2.ได้รับบาดเจ็บ |  |  |

1.2 จำนวนบุคลากรที่ได้รับผลกระทบด้านบ้านเรือน/ทรัพย์สิน ………..ราย

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง | สถานที่ปฏิบัติงาน | รายละเอียดผู้ประสบภัย | สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ |
|  |  |  |  |

**2.สถานบริการที่ได้รับผลกระทบ………………..แห่ง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| สถานบริการ | รายละเอียด | การให้บริการ | | |
| เปิด | ปิด | เปิดบางส่วน |
|  |  |  |  |  |

**3. การช่วยเหลือประชาชนด้านการสาธารณสุข**

**3.1 การปฎิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

3.1.1 การให้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| หน่วยบริการ | จำนวนหน่วยที่ออกบริการ | จำนวนผู้ป่วย | จำนวนผู้ป่วยส่งต่อสถานบริการ | การให้บริการอื่นๆ (ราย) |
| MERT |  |  |  |  |
| Mini MERT |  |  |  |  |
| EMS | | | | |
| ALS |  |  |  |  |
| BLS |  |  |  |  |
| FR |  |  |  |  |
| รวม |  |  |  |  |

3.1.2 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| โรงพยาบาลที่ออกหน่วย | วันที่ | สถานที่ | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) | ให้สุขศึกษา (ราย) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3.1.3 เยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง(ราย) | ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส(ราย) | ผู้ป่วยเรื้อรัง(ราย) | ผู้ป่วยจิตเวช(ราย) |
|  |  |  |  |

3.2 โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

|  |  |
| --- | --- |
| โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่พบ | จำนวนผู้ป่วย(ราย) |
| 1 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea |  |
| 2 อาหารเป็นพิษ Food poisoning |  |
| 3 ถ่ายเป็นมูกเลือด Dysentery |  |
| 4 เลปโตสไปโรซิส Suspected Leptospirosis |  |
| 5 ไข้เลือดออกSuspected DF/DHF |  |
| 6 ปอดอักเสบเฉียบพลัน Acute Pneumonia |  |
| 7 ตาแดงจากการติดเชื้อ Hemorrhagic conjunctivitis |  |
| 8 ไข้หวัดใหญ่Influenza |  |
| 9 มือ เท้า ปาก Hand Foot Mouse disease |  |
| 10 ไข้ออกผื่น สงสัยหัด หัดเยอรมัน |  |
| 11 สุกใส Chickenpox |  |
| 12 อื่น ๆ ระบุ ......................................................................................................................  ....................................................................................................................................... |  |
| 13 การป่วยที่เป็นกลุ่มก้อน (ที่ไม่อยู่ในโรคข้างต้น และอาจแพร่ระบาดได้ ให้ระบุอาการ )  .........................................................................................................................................  ........................................................................................................................................ |  |

ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือได้สอบสวนโรคเฉพาะรายแล้ว

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุปี | ที่อยู่/เบอร์โทร | วินิจฉัย | วันเริ่มป่วย | รพ.ที่รับRefer | ปัจจัยเสี่ยงที่สงสัย(ถ้ามี) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

3.3 ปัญหาสุขภาพจิต

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเมินปัญหาสุขภาพจิต(ราย) | เครียดสูง  (ราย) | ซึมเศร้า  (ราย) | เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ราย) | PTSD(post traumatic stress Disorder) | ต้องติดตามดูแลพิเศษ (ราย) |
|  |  |  |  |  |  |

3.4 การสุขาภิบาล/ป้องกันโรค

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรมที่ดำเนินการ | วันเดือนปี | สถานที่ปฏิบัติงาน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) |
|  |  |  |  |

3.5 การจัดตั้งศูนย์พักพิง

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรมที่ดำเนินการ | วันเดือนปี | สถานที่ปฏิบัติงาน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) |
|  |  |  |  |

**4. การให้ความช่วยเหลือ (สะสมถึงปัจจุบัน)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | จำนวนที่แจกจ่าย | คงเหลือในคลัง | ความต้องการสนับสนุน | หน่วยนับ |
| 1 | ยาชุดช่วยเหลือผู้ประสบภัย 8 รายการ |  |  |  | ชุด |
| 2 | ยาชุดตำราหลวง 7 รายการ |  |  |  | ชุด |
| 3 | ยาทากลากเกลื้อน (whitfield's ointment) 15 กรัม |  |  |  | หลอด |
| 4 | หน้ากากอนามัย |  |  |  | ชิ้น |
| 5 | เจลกันยุง (Mrepell) |  |  |  | ชิ้น |
| 6 | เสื้อชูชีพ |  |  |  | ตัว |
| 7 | รองเท้าบู้ท |  |  |  | คู่ |

ลงชื่อ.......................................................................................ผู้รายงาน

ตำแหน่ง.................................................................................................

โทรศัพท์ /ช่องทางที่ติดต่อได้สะดวก.....................................................................................................

กรณีมีเหตุฉุกเฉินให้รายงาน คุณณัฐพงศ์ สี่พร 089-7264509 หัวกลุ่ม SAT หรือ

คุณบุญญาภา เครือวรรณ 099-3615993 หัวหน้ากลุ่ม STGA