**แบบฟอร์มรายงานสถานการณ์ อุทกภัย (ขณะเกิดภัย)**

**จังหวัด ชุมพร เขตบริการสุขภาพที่ 11**

**หน่วยงานรายงาน..สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ....จังหวัด...ชุมพร.....**

**ข้อมูล ณ วันที่ ...10....เดือน ..พฤศจิกายน.... พ.ศ. …2561…**

1. **สถานการณ์ทั่วไป**

พื้นที่และประชาชนที่ได้รับความเสียหาย

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | อำเภอ | ตำบล | หมู่บ้าน | ครอบครัว (ครัวเรือน) | ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ (คน) | หมายเหตุ |
| 1 | ท่าแซะ | ต.ทรัพย์อนันต์ | 1-7 | 120 | 519 |  |
|  |  | ต.หินแก้ว | 1-6 | 100 | 421 |  |
|  |  | ต.หงษ์เจริญ | 1-14 | 100 | 563 |  |
|  |  | ต.รับร่อ | 1-23 | 1000 | 2,152 |  |
|  |  | ต.คุริง | 1-7 | 200 | 896 |  |
|  |  | ต.ท่าแซะ | 1-18 | 1500 | 2,578 |  |
|  |  | ต.สลุย | 1-4 | 80 | 100 |  |
|  |  | ต.สองพี่น้อง | 1-7 | 16 | 39 |  |
|  |  | ต.นากระตาม | 1-11 | 1000 | 2,451 |  |
|  |  | ต.ท่าข้าม | 1-15 | 2,000 | 2,378 |  |
| รวม | |  | 112 | 6,116 | 12,097 |  |

\*โปรดระบุชื่ออำเภอและตำบลในภาคผนวก

1. **บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **การเสียชีวิต**  **หรือบาดเจ็บ** | **รวม**  **(ราย)** | **รายละเอียด** | **จำนวนบ้านและครอบครัวได้รับผลกระทบ**  **(ครอบครัว/หลัง )** |
| 1. เสียชีวิต | 0 | 0 | 0 |
| 2.ได้รับบาดเจ็บ | 0 | 0 | 0 |

**3.** **ประชากรที่ได้รับผลกระทบ (สะสมถึงวันที่ ...10 พฤศจิกายน 2561..... )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **การเสียชีวิต**  **หรือบาดเจ็บ** | **รวม (ราย)** | **รายละเอียด (ชื่อ,อายุ,สาเหตุ )** |
| 1. เสียชีวิต | 0 |  |
| 2.ได้รับบาดเจ็บ | 0 |  |

1. **สถานบริการที่ได้รับความเสียหาย**

**4.1 เปิดให้บริการปกติ ..17.... แห่ง (รพ.สต./รพ.)**

**4.2 เปิดให้บริการได้บางส่วน....1.......แห่ง**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการ** |  | **ประมาณการความเสียหาย** | **รายละเอียด** |
| 1…รพ.สต.วังลุ่ม |  | 1. 500,000 บาท | คอมพิวเตอร์ 3 เครื่อง/ยูนิตทันตกรรม/อุปกรณ์สำนักงาน/รั่ว |
| 2………………………….. |  | 2………………………………… | ………………………………………………….. |

**4.3 ปิดให้บริการ............0............แห่ง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการ** | **ประมาณการความเสียหาย** | **รายละเอียด** |
| 1………………………….. | 1………………………………… | …………………………………………………. |
| 2………………………….. | 2………………………………… | ………………………………………………….. |

**4.4 การฟื้นฟูสถานบริการที่ได้รับผลกระทบ..................แห่ง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการ** | **รายละเอียดการดำเนินการ** | **ประมาณการงบประมาณความเสียหาย** |
| 1………………………….. | 1………………………………… | …………………………………………………. |
| 2………………………….. | 2………………………………… | ………………………………………………….. |

**5. การช่วยเหลือประชาชนด้านการสาธารณสุข**

**5.1 การให้บริการรักษาพยาบาล**

5.1.1 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยแพทย์** | **จำนวนหน่วยแพทย์/จนท.สาธารณสุข** | **จำนวนครั้งที่ให้บริการ** | **จำนวนผู้รับบริการ(ราย)** | **บริการสุขศึกษา (ราย)** | **เยี่ยมบ้าน(ราย)** |
| การรักษาพยาบาลโรคทางกาย | 15 | 1 | 36 | 20 | 1 |

5.1.2 โรคที่พบบ่อยจากการออกหน่วยเคลื่อนที่

|  |  |
| --- | --- |
| **โรคระบาด(ติดต่อ)** | **โรคไม่ติดต่อ** |
| 1....URI..............5.....................ราย  2...............................................ราย | 1...น้ำกัดเท้า.............16.........ราย  2...ปวดเมื่อย............5............ราย |

5.1.3 ปัญหาสุขภาพจิต

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินปัญหาสุขภาพจิต(ราย)** | **เครียดสูง**  **(ราย)** | **ซึมเศร้า**  **(ราย)** | **เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ราย)** | **PTSD(post traumatic stress Disorder)** | **ต้องติดตามดูแลพิเศษ (ราย)** |
| 3 | - | - | - | - | - |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

5.1.4 การสุขาภิบาล/ป้องกันโรค

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

**5.2 การจัดตั้งศูนย์พักพิง**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรมที่ดำเนินการ | วันเดือนปี | สถานที่ปฏิบัติงาน | จำนวนผู้รับบริการ(ราย) |
| จัดหาที่พัก/อาหาร/น้ำดื่ม/ยารักษาโรค | 10 พย.61 | อบต.นากระตาม  วัดคุริง  วัดหนองเรือ / อบต.ท่าข้าม  ที่ว่าการอำเภอท่าแซะ  วัดนาสร้าง | 200  150  150/300  250  50 |

**6. การให้ความช่วยเหลือ (สะสมถึงปัจจุบัน)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการ** | **จำนวนที่แจกจ่าย** | **คงเหลือในคลัง** | **ความต้องการสนับสนุน** | **ส่วนกลางสนับสนุน** | **หน่วยนับ** |
| 1 | ยาชุดช่วยเหลือผู้ประสบภัย 8 รายการ | 400 | 500 | 1500 |  | ชุด |
| 2 | ยาชุดตำราหลวง 7 รายการ | - | - | - | - | ชุด |
| 3 | ยาทากลากเกลื้อน (whitfield's ointment) 15 กรัม | 76 | 300 | 1000 |  | หลอด |
| 4 | หน้ากากอนามัย | - | - | - | - | ชิ้น |
| 5 | เจลกันยุง (M repell) | - | - | 3000 |  | ชิ้น |
| 6 | เสื้อชูชีพ | - | - | 100 |  | ตัว |
| 7 | เสื้อยืดคอกลมสีขาว | - | - | - |  | ตัว |
| 8 | เครื่องกรองน้ำ (น้ำท่วมปี 2554) | - | - | - |  | เครื่อง |
| 9 | เต้นท์สนาม | - | - | - |  | หลัง |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | เตียงนอนผ้าใบแบบผับได้ | - | - | 20 |  | เตียง |
| 11 | ไฟฉาย | - | - | 50 |  | โหล |
| 12 | รองเท้าบู้ท | - | - | 300 |  | คู่ |
| 13 | ยาชุดสามัญประจำบ้าน | - | - | - |  | ชุด |
| 14 | ยาหม่อง | - | - | 200 |  | กล่อง |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

7. รายละเอียดผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ | ที่อยู่ | ประเภทผู้ต้องได้รับการช่วยเหลือ | | | | | | | ปัญหาสุขภาพที่พบ | การให้ความช่วยเหลือ |
| ผู้ป่วยติดเตียง | ผู้สูงอายุติดเตียง | ผู้พิการช่วย  เหลือตัวเอง | ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ | โรคเรื้อรัง | โรคจิต | อื่นๆ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ..........นายสิทธิ์ชัย ชูจีน............................ผู้รายงาน

ตำแหน่ง....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ......

โทรศัพท์ /ช่องทางที่ติดต่อได้สะดวก.....08173777785.............