**แบบฟอร์มการรายงานสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

**สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓**

**ในงานพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร**

ทีมปฏิบัติการการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอ ............................................................ ประจำวันที่□ ๒๕ ต.ค ๖๐□ ๒๖ ต.ค ๖๐□ ๒๗ ต.ค ๖๐

ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ............. ทีม, MCATT …..…..... ทีม, SRRT …….…… ทีม, อื่นๆ (ระบุ) .......................................................................................................

๑. จำนวนผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หัวข้อ** |  | **จำนวน (ราย)** |
| **๑. อาการ** | ๑.๑ เป็นลม |  |
| ๑.๒ ตะคริว |  |
| ๑.๓ อุบัติเหตุ |  |
| ๑.๔ อื่น ๆ (เวียนศีรษะ ท้องเสีย) |  |
| **รวม (๑.๑-๑.๔)** | |  |
| **๒. ปฐมพยาบาล** | ๒.๑ แจกยาดม / แอมโมเนีย |  |
| ๒.๒ ทำแผล |  |
| ๒.๓ ขอยา (เช่น แก้ปวด ยานวด เกลือแร่ พลาสเตอร์) |  |
| ๒.๔ บริการอื่นๆ (เช่น วัด BP ตรวจ DTX) |  |
| **รวม (๒.๑-๒.๔)** | |  |
| **๓. ตรวจโรคและรักษา (ไม่รวมนำส่ง รพ.)** | ๓.๑ ระบบทางเดินหายใจ |  |
| ๓.๒ ระบบผิวหนัง |  |
| ๓.๓ ระบบทางเดินอาหาร |  |
| ๓.๔ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก |  |
| ๓.๕ ระบบหู คอ จมูก |  |
| ๓.๖ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ |  |
| ๓.๗ ไข้ เจ็บคอ |  |
| ๓.๘ ปวดท้อง |  |
| ๓.๙ ท้องเสีย |  |
| ๓.๑๐ ปวดหลัง ปวดขา |  |
| ๓.๑๑ แพ้ ผื่นคัน |  |
| ๓.๑๒ เหนื่อย อ่อนเพลีย |  |
| ๓.๑๓ อื่น ๆ (รวมปรึกษาสุขภาพ) |  |
| **รวม (๓.๑-๓.๑๓)** | |  |
| **๔. นำส่งโรงพยาบาล (ระบุ อาการและ รพ.ที่นำส่ง)** | ๔.๑ |  |
| ๔.๒ |  |
| ๔.๓ |  |
| **รวม (๔.๑-๔.๓)** | |  |
| **๕. ประเมินสุขภาพจิต ทีม (MCATT)** | ๕.๑ Hyperventilation |  |
| ๕.๒ ปฏิกิริยาโศกเศร้า |  |
| ๕.๓ เสี่ยงซึมเศร้า |  |
| ๕.๔ เสี่ยงฆ่าตัวตาย |  |
| ๕.๕ ภาวะเครียด |  |
| ๕.๖ โรคทางจิตเวช |  |
| **รวม (๕.๑ -๕.๖)** | |  |
| **๖. การดูแลสุขภาพจิต** | ๖.๑ การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) |  |
| ๖.๒ การให้คำปรึกษา |  |
| ๖.๓ ส่งพบจิตแพทย์ |  |
| ๖.๔ ส่งต่อ สถาบัน/รพ. .....................................................................................................  สถาบัน/รพ. ................................................................................................................................ |  |
| **รวม (๖.๑-๖.๔)** | |  |

๒. เหตุการณ์ที่มีผลกระทบทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (เวลา, เหตุการณ์, จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ) (ถ้ามี)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….………

**ผู้รายงานข้อมูล :** ชื่อ ............................................................................................................................. ตำแหน่ง ........................................................................................................................

มือถือ ...................................................................... โทรศัพท์ ........................................................................... E-mail …………………………….….……………………………………………..……..…………….

***หมายเหตุ :*** การส่งรายงานเป็นอิเลกทรอนิกส์ไฟล์ ส่งทางช่องทางเว็บรับส่ง สสจ.พระนครศรีอยุธยา

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๑. วันที่ ๒๕ ต.ค. ๖๐ | ส่งวันที่ ๒๖ ต.ค. ๖๐ภายในเวลา ๑๒.๐๐ น. | ๒. วันที่ ๒๖ ต.ค. ๖๐ | ส่งวันที่ ๒๗ ต.ค. ๖๐ภายในเวลา ๑๒.๐๐ น. | ๓. วันที่ ๒๗ ต.ค. ๖๐ | ส่งวันที่ ๒๘ ต.ค. ๖๐  ภายในเวลา ๑๒.๐๐ น. |

**ผู้ประสานงาน :** นายบุญเลิศ สิงห์แก้ว โทร. ๐๘ ๖๗๑๑ ๗๕๐๔ / น.ส.มณทิพย์ ฤทธิไกร โทร. ๐๘ ๖๖๒๒ ๐๒๘๗ / น.ส.จุฑาทิพย์ ไชยเทพ โทร. ๐๙ ๕๙๕๐ ๐๙๕๖