**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. ๖๐ภายในเวลา 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