

รายงานสถานการณ์และการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัย

รพ.สต.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อมูล ณ วันที่ เวลา น.

๑.. สถานการณ์ทั่วไป

พื้นที่และประชาชนที่ได้รับสาธารณสุขภัย ลักษณะภัย

- () น้ำป่าไหลหลาก
- () น้ำท่วมขัง
- () ดินโคลนถล่ม
- () น้ำล้นตลิ่ง

พื้นที่และประชาชนที่ได้รับความเสียหาย (ยอดรายวัน)

ที่	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ครอบครัว (ครัวเรือน)	ประชาชนที่ได้รับ ผลกระทบ (คน)	หมายเหตุ
1						
2						
3						
4						
5						
รวม						

๒. สถานบริการที่ได้รับความเสียหาย

อำเภอ	สถานบริการที่ได้รับความเสียหาย	รายละเอียด

สถานการณ์บริการ

สรุปสถานการณ์

- ๑) เปิดให้บริการ รพ.สต. แห่ง รพ.แห่ง
- ๒) เปิดให้บริการได้บางส่วน...-...แห่ง
- ๓) ปิดให้บริการ-.....แห่ง

๓. บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบ (จำนวนคน)

อำเภอ	จำนวนบาดเจ็บ (คน)	จำนวนตาย (คน)	จำนวนบ้านและครอบครัวที่ได้รับ ผลกระทบ (ครอบครัว/หลัง)
	-		

	-		
รวม			

๔. ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ (สะสมถึงวันนี้)

อำเภอ	การเสียชีวิต	บาดเจ็บ	รวม (ราย)	หมายเหตุ (รายละเอียดที่สามารถระบุได้)	การส่งผู้ป่วย ผ่านระบบ EMS (ราย)
รวม				-	

๕. การช่วยเหลือประชาชนด้านสาธารณสุข

๕.๑ การให้บริการรักษาพยาบาล

๕.๑.๑ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

อำเภอ	วัน เดือน ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน			จำนวนผู้มารับ บริการ(ราย)	ค่าใช้จ่าย (บาท)	ให้สุขศึกษา	
		ชื่อสถานที่	หมู่ที่	ตำบล			จำนวน (เรื่อง)	ผู้ฟัง (คน)
รวม								

หมายเหตุ : ทุกอำเภอได้เตรียมความพร้อมออกหน่วยแพทย์ในพื้นที่ประสบภัยแล้ว

๕.๑.๒ โรคที่พบบ่อยจากการออกหน่วยเคลื่อนที่

๑) โรคระบาด (ติดต่อ) รายชื่อโรค จำนวน - คน

- โรคเชื้อรา จำนวน ... คน
- โรคไข้หวัด จำนวน คน
- โรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบ จำนวน ... คน
- โรค.....จำนวน.....คน

๒) โรคไม่ติดต่อ รายชื่อโรค จำนวน - คน

- โรคน้ำกัดเท้า จำนวน คน
- โรคผื่นคัน จำนวน คน
- โรคทางช่องปากและฟัน จำนวน คน
- โรคความดันโลหิตสูง จำนวน คน
- โรคระบบกล้ามเนื้อ จำนวน คน
- โรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน คน
- โรคผื่นคัน/ภูมิแพ้ จำนวน คน

-โรคเวียนศีรษะ จำนวน คน

-โรค.....จำนวน.....คน

๓) โรคเฉพาะ รายชื่อโรค จำนวน - คน

๕.๑.๓ ปัญหาสุขภาพจิต

อำเภอ	ประเมินปัญหาสุขภาพจิต (ราย)	เครียดสูง (ราย)	ซึมเศร้า (ราย)	เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ราย)	PTSD (post traumatic stress Disorder)	ต้องติดตามดูแลพิเศษ (ราย)
รวม						

๕.๑.๔ การสุขภาพ/ป้องกันโรค

อำเภอ	กิจกรรมที่ดำเนินการ	วัน เดือน ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน			จำนวนผู้รับบริการ (ราย)
			ที่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล	
รวม						

๕.๑.๕ ความต้องการสนับสนุน

รายการ	จำนวน	งบประมาณ(บาท)	รายละเอียด(ระบุ)
๑)ยาและเวชภัณฑ์			
-ยาชุดช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย (ชุด)			
-ยาทาน้ำกัดเท้า (หลอด)			
-คลอรีนน้ำ (ขวด)			
-สารส้ม(กิโลกรัม)			
-เสื้อชูชีพ (ตัว)			
-ถุงดำ (กิโลกรัม)			
-รองเท้าบูต (คู่)			
๒)ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง			
-เรือ (ลำ)			
-รถยกสูง (คัน)			

๖. ข้อมูลให้การช่วยเหลือ

อำเภอ	ผู้ป่วยติดเตียง(ราย)	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(ราย)	ผู้สูงอายุ(ราย)	ผู้ด้วยโอกาส(ราย)
รวม				

ผู้รายงาน ตำแหน่ง

โทร. Email :วันที่เวลา..... น.

.....