



แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ฉุกเฉิน เบื้องต้น

สรุปสถานการณ์ กรณี ที่ จังหวัด

ประจำวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่เดือน พ.ศ. เวลาน.
๒. สถานที่เกิดเหตุ	
๓. ลักษณะการเกิดเหตุ	
๔. ความเสียหาย/ผลกระทบ	๑. ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รายละเอียด
	๒. ผลกระทบต่อชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รวมมีผู้เสียชีวิต ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บ ราย

ผู้รายงาน ชื่อ

โทรศัพท์

หน่วยงาน



แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ฉุกเฉินเบื้องต้น

กรณี อุบัติเหตุรถพยาบาล

สรุปสถานการณ์ กรณีรถพยาบาล..... ที่ จังหวัด
 ประจำวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่เดือน พ.ศ. เวลาน.
๒. สถานที่เกิดเหตุ	
๓. ลักษณะการเกิดเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดของเหตุการณ์ - ภารกิจของรถพยาบาล - ความเร็วของรถพยาบาลขณะเกิดเหตุกม./ชม.
๔. ความเสียหาย/ผลกระทบ	<p>๑. ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รายละเอียด</p> <p>๒. ผลกระทบต่อชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รวมมีผู้เสียชีวิต ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คนขับรถพยาบาล เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - พยาบาล เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - เจ้าหน้าที่ เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - ผู้ป่วย เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย -ญาติผู้ป่วย เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - คู่กรณี เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย <p>หมายเหตุ:</p> <p>๑. พนักงานขับรถ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล <p>๒. รถพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครื่อง GPS <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - กล้องติดรถ <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - ประกันภัยรถพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (หมายถึงประกันภัยรถพยาบาล และผู้โดยสารบนรถพยาบาล) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

ผู้รายงาน ชื่อ
 โทรศัพท์
 หน่วยงาน



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs สำหรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปสถานการณ์ กรณี ที่ จังหวัด

ประจำวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่เดือน พ.ศ. เวลาน.		
๒. สถานที่เกิดเหตุ			
๓. ลักษณะการเกิดเหตุ			
๔. ความเสียหาย/ผลกระทบ	๑. ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รายละเอียด		
	๒. ผลกระทบต่อชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รวมมีผู้เสียชีวิต ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บ ราย		
๕. สรุปจำนวนผู้เสียชีวิต/ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย(ราย)	ชาย	หญิง	รวม
๕.๑ ผู้เสียชีวิต ชื่อ-สกุลอายุ.....ปี			
๕.๒ จำนวนผู้บาดเจ็บ			
D/C			
Admit โรงพยาบาล..... ชื่อ-สกุลอายุ.....ปี อาการ			
Observe			
Refer			
๖. การช่วยเหลือเบื้องต้น			
๗. ข้อเสนอ			

ผู้รายงาน ชื่อ

โทรศัพท์

หน่วยงาน



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs สำหรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรณี อุบัติเหตุรถพยาบาล

สรุปสถานการณ์ กรณีรถพยาบาล..... ที่ จังหวัด
 ประจำวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่เดือน พ.ศ. เวลาน.		
๒. สถานที่เกิดเหตุ			
๓. ลักษณะการเกิดเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดของเหตุการณ์ - ภารกิจของรถพยาบาล - ความเร็วของรถพยาบาลขณะเกิดเหตุกม./ชม. 		
๔. ความเสียหาย/ผลกระทบ	<p>๑. ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รายละเอียด</p> <p>๒. ผลกระทบต่อชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รวมมีผู้เสียชีวิต ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คนขับรถพยาบาล เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - พยาบาล เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - เจ้าหน้าที่ เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - ผู้ป่วย เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย -ญาติผู้ป่วย เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย - คู่กรณี เสียชีวิต ราย บาดเจ็บ ราย <p>หมายเหตุ:</p> <p>๓. พนักงานขับรถ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล <p>๔. รถพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครื่อง GPS <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - กล้องติดรถ <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - ประกันภัยรถพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (หมายถึงประกันภัยรถพยาบาล และผู้โดยสารบนรถพยาบาล) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 		
๕. สรุปจำนวนผู้เสียชีวิต/ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย(ราย)	ชาย	หญิง	รวม
๕.๑ ผู้เสียชีวิต			

ชื่อ-สกุลอายุ.....ปี			
๕.๒ จำนวนผู้บาดเจ็บ			
D/C			
Admit โรงพยาบาล..... ชื่อ-สกุลอายุ.....ปี อาการ			
Observe			
Refer			
๖. การช่วยเหลือเบื้องต้น			

ผู้รายงาน ชื่อ

โทรศัพท์

หน่วยงาน

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข