



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs สำหรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๖

สรุปสถานการณ์ กรณี.....ที่ จังหวัดอ่างทอง  
 ประจำวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.		
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/ป่วย .....ราย		
๕. สรุปจำนวนผู้เสียชีวิต/ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย(ราย)	ชาย	หญิง	รวม
๕.๑ ผู้เสียชีวิต ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี			
๕.๒ จำนวนผู้บาดเจ็บ			
D/C			
Admit โรงพยาบาล..... ชื่อ-สกุล.....อายุ.....อาการ.....			
Observe			
Refer			
๖. การช่วยเหลือเบื้องต้น			
๗. ข้อเสนอ			

ผู้รายงาน

ชื่อ.....

โทรศัพท์.....

หน่วยงาน.....

ณ วัน/เวลา.....