**รายงานสถานการณ์และการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัย**

**จังหวัดนครศรีธรรมราช**

**ข้อมูลสะสม ณ วันที่ ............... มกราคม ๒๕๖๒ เวลา ............................ น.**

**............................................................................................................................................................................................**

**๑.. สถานการณ์ทั่วไป**

พื้นที่และประชาชนที่ได้รับสาธารณภัย ลักษณะภัย

( ) น้ำป่าไหลหลาก

( ) น้ำท่วมขัง

( ) ดินโคลนถล่ม

( ) น้ำล้นตลิ่ง

หมายเหตุ : เหตุการณ์เข้าสู่ภาวะปกติแล้ว ........ หมู่บ้าน (หมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด ...... หมู่บ้าน)

**๒. สถานบริการที่ได้รับความเสียหาย**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รพ.สต. | สถานบริการที่ได้รับความเสียหาย | รายละเอียด |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**๓. บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบ (จำนวนคน)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รพ.สต. | จำนวนบาดเจ็บ (คน) | จำนวนตาย (คน) | จำนวนบ้านและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ (ครอบครัว/หลัง) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |

**๔. ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ (สะสมถึงวันนี้)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หมู่ที่ | การเสียชีวิต | บาดเจ็บ | รวม(ราย) | หมายเหตุ  (รายละเอียดที่สามารถระบุได้) | การส่งผู้ป่วยผ่านระบบ EMS (ราย) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| รวม |  |  |  |  |  |

**๕. การช่วยเหลือประชาชนด้านสาธารณสุข**

**๕.๑ การให้บริการรักษาพยาบาล**

**๕.๑.๑ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| สถานที่ | วัน เดือน ปี | สถานที่ปฏิบัติงาน | | | จำนวนผู้มารับบริการ(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

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

-โรคเวียนศรีษะ จำนวน คน

๓) โรคเฉพาะ รายชื่อโรค จำนวน - คน

**๕.๑.๓ ปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หมู่ที่ | ประเมินปัญหาสุขภาพจิต (ราย) | เครียดสูง (ราย) | ซึมเศร้า (ราย) | เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(ราย) | PTSD (post traumatic stress Disorder) | ต้องติดตามดูแลพิเศษ (ราย) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |

**๕.๑.๔ การสุขาภิบาล/ป้องกันโรค**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หมู่ที่ | กิจกรรมที่ดำเนินการ | วัน เดือน ปี | สถานที่ปฏิบัติงาน | | | จำนวนผู้รับบริการ (ราย) |
| ชื่อบ้าน | 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) |  |  |  |
| -รองเท้าบู๊ต (คู่) |  |  |  |
| ๒)ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง |  |  |  |
| -เรือ (ลำ) |  |  |  |
| -รถยกสูง(คัน) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**๖. ข้อมูลให้การช่วยเหลือ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| อำเภอ | ผู้ป่วยติดเตียง(ราย) | ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(ราย) | ผู้สูงอายุ(ราย) | ผู้ด้วยโอกาส(ราย) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน .......................................................... ตำแหน่ง.......................................................

โทร. ............................................Email :..........................................เวลา ..................................... น.

..............................................