



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs สำหรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(Director Critical Information Requirement: DCIRs)

สรุปสถานการณ์ กรณี.....

ที่จังหวัด.....เขตสุขภาพ.....

ประจำวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา..... น.																																								
2.สถานที่เกิดเหตุ																																									
3.ลักษณะการเกิดเหตุ																																									
4.ผลกระทบ	<p>4.1 ผลกระทบเจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>➤ ผู้เสียชีวิตราย (ชาย...ราย/หญิง...ราย)</p> <p>➤ ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วยราย (ชาย...ราย/หญิง...ราย)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย</th> <th>ชาย</th> <th>หญิง</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D/C</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Admit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Observe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Refer (รพ.....)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>4.2 ผลกระทบประชาชน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>➤ ผู้เสียชีวิตราย (ชาย...ราย/หญิง...ราย)</p> <p>➤ ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วยราย (ชาย...ราย/หญิง...ราย)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย</th> <th>ชาย</th> <th>หญิง</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D/C</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Admit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Observe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Refer (รพ.....)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>4.3 ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>รายละเอียด</p>	รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย	ชาย	หญิง	รวม	D/C				Admit				Observe				Refer (รพ.....)				รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย	ชาย	หญิง	รวม	D/C				Admit				Observe				Refer (รพ.....)			
รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย	ชาย	หญิง	รวม																																						
D/C																																									
Admit																																									
Observe																																									
Refer (รพ.....)																																									
รายละเอียดผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย	ชาย	หญิง	รวม																																						
D/C																																									
Admit																																									
Observe																																									
Refer (รพ.....)																																									
5.การช่วยเหลือเบื้องต้น																																									
6.ข้อเสนอเพื่อให้ผู้บริหารขอสั่งการ																																									

ผู้รายงาน

ชื่อ.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....