



แบบฟอร์มรายงาน DCIRs สำหรับปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรณี อุบัติเหตุรถพยาบาล

สรุปลักษณะการณั กรณั รถพยาบาล.....

ที่จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....

ประจำวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.		
๒. สถานที่เกิดเหตุ			
๓. ลักษณะการเกิดเหตุ	- รายละเอียดเหตุการณ์ - ภารกิจของรถพยาบาล - ความเร็วของรถพยาบาลขณะเกิดเหตุ.....กม./ชม.		
๔. ความเสียหาย / ผลกระทบ	๑. ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี รายละเอียด..... ๒. ผลกระทบต่อชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี - รวมมี ผู้เสียชีวิต.....ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บ.....ราย - 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 ๓. พนักงานขับรถ <input type="checkbox"/> ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถพยาบาล ๔. รถพยาบาล - เครื่อง GPS <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - กล้องติดรถ <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ติด - ประกันภัยรถพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี		
๕. สรุปรายชื่อผู้เสียชีวิต/ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย	ชาย (ราย)	หญิง (ราย)	รวม (ราย)
๕.๑ ผู้เสียชีวิต			
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....			
๕.๒ จำนวนผู้บาดเจ็บ			
๕.๓ D/C			
๕.๔ Admit โรงพยาบาล.....			
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....อาการ.....			
๕.๕ Observe			
๕.๖ Refer			
๖. การช่วยเหลือเบื้องต้น			
๗. ข้อเสนอเพื่อให้ผู้บริหารขอสั่งการ			

ผู้รายงาน ชื่อ.....
 หน่วยงาน.....
 โทรศัพท์.....