


- ประสาน/สรุป การดำเนินการสนับสนุนระหว่างตัวแทนหน่วยงานต่างๆ
- การประสานขอสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- รับข้อมูลสรุปสถานการณ์ จากส่วนวางแผน เพื่อนำเสนอผู้บัญชาการต่อไป
ประสานงานกับ Public Information Officer and Incident Commander เพื่อให้ข่าวสื่อมวลชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งข่าวที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วย
- ร่วมประชุมจัดทำแผนเผชิญเหตุ (IAP)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์กับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนต่างๆ หรือที่หน่วยงานที่ร้องขอข้อมูล
- ประเมินติดตามการปฏิบัติงานร่วมระหว่างองค์กรต่างๆ และระบุปัญหาการทำงานร่วมกันที่อาจเกิดขึ้นแจ้งให้ผู้บัญชาการทราบ
- แก้ไขปัญหาด้านทรัพยากร การสื่อสาร ยุทธวิธีและการปฏิบัติงานที่พบให้ทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินทราบและแก้ไข
- ร่วมประชุมวางแผนกับทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นระยะๆ ให้มีการพูดคุยสรุปเหตุการณ์
- ทิ้งเหตุปกติและเหตุการณ์พิเศษเพื่อระบายความกังวลใจของผู้ปฏิบัติ (Debrief)
- บันทึกกิจกรรมทั้งหมดในรูปแบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติการ Unit Log (ICS Form 214/215)
- ส่งมอบเอกสารให้ส่วนวางแผน และข่าวกรอง



 ส่วนปฏิบัติการ (Operations Section ; OS)	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : WP-OS-01 จำนวน หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	ผู้จัดทำ : (ชื่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ) ผู้ตรวจสอบ : (ชื่อ IC)	ผู้อนุมัติ : (.....) (หัวหน้าหน่วยงาน ; นพ.สสจ./ผอ.รพ)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ปฏิบัติการตอบโต้สาธารณภัย เกี่ยวกับด้านรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต อนามัยสิ่งแวดล้อม และการประสานงานการรักษาพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขอบเขตของงาน

2.1 ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล จัดระบบการประสานสั่งการกับทีมปฏิบัติการต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ ประสานฝ่ายสนับสนุน ในการจัดระบบสื่อสาร ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการนอกพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2.2 ทีมควบคุมโรค ตรวจสอบการระบาดของโรคสอบสวนหาสาเหตุ ปัจจัยของการระบาด ได้อย่างถูกต้อง ทันท่วงที ควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคเชิงรุก ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีมีการจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราว และบริหารจัดการในระดับจังหวัด

2.3 ทีมสุขภาพจิต จัดทีมดำเนินการ วางแผนช่วยเหลือ เยียวยา ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทางด้านจิตใจ การเฝ้าระวังภาวะเครียดของผู้ประสบภัย และทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามระยะ และเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายในรายที่มีอาการรุนแรง

2.4 ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม จัดทีมดำเนินการประเมินด้านสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยด้านอาหาร น้ำ ขยะ และพาหะนำโรค ในพื้นที่เกิดสาธารณภัย

2.5 ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ จัดทีมปฏิบัติการด้านรักษาพยาบาล พร้อมออกปฏิบัติการ ในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ จัดบริการในสถานบริการ รวมทั้งการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยวิกฤต การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่หน่วยอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้การสั่งการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์

3. ผู้รับผิดชอบ

บทบาทตามโครงสร้าง ICS	ผู้รับผิดชอบ
หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล	หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉิน/หัวหน้าศูนย์สั่งการ
ทีมควบคุมโรค	ผู้รับผิดชอบงาน SRRT
ทีมสุขภาพจิต	ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต
ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม	หัวหน้างานอนามัยและสิ่งแวดล้อม
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่

หมายเหตุ : การกำหนดชื่อของผู้รับผิดชอบให้ปรับตามโครงสร้างของแต่ละหน่วยงาน

4. เครื่องมือและอุปกรณ์

4.1 ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล

- ทะเบียนรายชื่อโรงพยาบาล และจำนวนเตียง
- ข้อมูลทรัพยากร หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์

4.2 ทีมควบคุมโรค

- ชุดป้องกันตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE
- อุปกรณ์เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย ตามลักษณะโรคและภัยที่ระบาดหรือคาดว่าจะระบาด

ที่ต้องไปดำเนินการสอบสวน

4.3 ทีมสุขภาพจิต

- ทะเบียนรายชื่อฐานข้อมูล ผู้ป่วยจิตเวช



4.4 ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม

- ชุดตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร (SI-2)
- ชุดตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ (อ 11)
- ชุดตรวจหาปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ 31)
- ชุดอุปกรณ์การเก็บตัวอย่างอาหารและน้ำ
- คลอรีน สารส้มและปูนขาว

4.5 ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่

- ข้อมูลทรัพยากร หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น ทีม Mini MERT ทีม DMAT ทีม MERT หน่วยสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น
- ชุดอุปกรณ์กู้ชีพ

5. รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
รับคำสั่ง จากผู้บัญชาการเหตุการณ์มอบหมาย ผู้ประสานทีมปฏิบัติการรักษาพยาบาล	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- ICS 204
รับคำสั่งมอบหมายงานจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ พร้อมวิเคราะห์ข้อมูล+สถานการณ์ ร่วมกับ ส่วนวางแผน (โดยประเมินตามระดับความรุนแรง สาธารณภัย)	หัวหน้าทีมประสานงานการรักษาพยาบาล	ศูนย์ ICS	- ICS 204 - ICS 205 - ICS 214 - WI-OS1-0
- ตรวจสอบความพร้อมของชุดปฏิบัติการ และข้อจำกัดในการปฏิบัติทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุน ในพื้นที่เกิดเหตุ / ภาพจังหวัด - จัดทำแผนดำเนินงาน ภายใต้อำนาจ IAP	หัวหน้าทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	- ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ - ทีมหน่วยปฏิบัติการพื้นที่เกิดเหตุ	- ICS 206 - ICS 215
ประสานกับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ให้ปฏิบัติตามแผนฯ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยบริการระบบสื่อสาร ICS บันทึกการปฏิบัติ (ตามแบบฟอร์ม)	หัวหน้าทีมประสานงานการรักษาพยาบาล	- ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือหน่วยบริการระบบสื่อสาร ICS	- ICS 206 - ICS 214 - ICS 215 - แบบ check List
แจ้งสรุปสถานการณ์และขั้นตอนการดำเนินการกับทีม ICS	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- แบบรายงานติดตามสถานการณ์

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
พิจารณากำหนดแผนปฏิบัติการสำหรับให้กับทีมปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้คำสั่งของศูนย์ ICS (โดยประเมินตามระดับความรุนแรงสาธารณสุข)	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- ICS 204 /205 / 206 - ICS 214 /215 - WI-OS1-01
รายงานความคืบหน้าให้แก่ IC อย่างสม่ำเสมอ หรือตามที่ได้มีการกำหนดไว้	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- แบบรายงานติดตามสถานการณ์
ประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง/พิจารณาการยกเลิก/ถอนกำลังทีมปฏิบัติการ	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- แบบรายงานติดตามสถานการณ์

6. เอกสารอ้างอิงและที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 แบบ ICS 204 : การมอบหมายงาน
- 6.2 แบบ ICS 205 : Radio Communication Plan : แผนการติดต่อสื่อสาร
- 6.3 แบบ ICS 206 : แผนด้านการแพทย์
- 6.4 แบบ ICS 214 : แบบบันทึกการปฏิบัติงาน
- 6.5 แบบ ICS 215 : แผนการดำเนินงาน
- 6.6 แบบ WI-CS-04 : แผนการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามระดับความรุนแรงของสาธารณสุขจังหวัด.....
- 6.7 แบบ FM-OS-01 : Check List ของทีมปฏิบัติการ หัวหน้าทีมปฏิบัติการรักษาพยาบาล
- 6.8 แบบ FM-OS-02 : Check list แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่
- 6.9 แบบ FM-OS-05 : Check list แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
- 6.10 แบบ FM-OS-11 : Check list แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม ทีม MCATT
- 6.11 แบบ FM-OS-20 : Check list แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 6.12 แบบ FM-OS-23 : Check list แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล



	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief : OSC)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (ชื่อ IC)

หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief : OSC) เป็นสมาชิกของทีมปฏิบัติการ (General Staff) มีหน้าที่รับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP) ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ

1. บทบาทหน้าที่

หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief) มีหน้าที่ดังนี้

1. ทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน
2. รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
3. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
5. รับฟังการสรุปงานจากผู้บัญชาการเหตุการณ์หรือหัวหน้าส่วนปฏิบัติการคนปัจจุบัน (ถ้ามี)
6. จัดองค์กร มอบหมายงาน ให้คำปรึกษาแนะนำ แก่ทีมที่ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยโครงสร้างภายใต้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้าสาขา (Branch Director), หัวหน้าพื้นที่หรือกลุ่ม (Division or Group supervisor), หัวหน้าหน่วย (Unit Leader), หัวหน้าทีมปฏิบัติงาน (Strike Team/Task force Leader), ผู้จัดการจุดระดมพล (Staging Area Manager)
7. วางแผน IAP ร่วมกับทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
8. ประชุมสรุปสถานการณ์ร่วมกับหัวหน้าทีมทุกทีม
9. ประเมินสถานการณ์ความพร้อม และทบทวนแนวทางปฏิบัติการ
10. อำนวยความสะดวกด้านการปฏิบัติการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่

11. ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
12. ประเมินทรัพยากร/บุคคลากรและให้คำแนะนำในการนำทรัพยากรและบุคคลในการออกปฏิบัติงาน
13. รายงานสถานการณ์ด้านการปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
14. จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน

2. ผู้บังคับบัญชา : Incident Commander

3. ผู้ใต้บังคับบัญชา :
1. ทีมประสานงานรักษาพยาบาล
 2. ทีมควบคุมโรค
 3. ทีมสุขภาพจิต
 4. ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม
 5. ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์

ระดับอำเภอ

ส่วน	หน้าที่
ทีมประสานงานรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากอำเภอที่ประสบภัยไป รพ. ในอำเภออื่นในจังหวัดหรือ รพ. ในจังหวัดอื่น 2. ประสานทีมจากอำเภอหรือจังหวัดอื่นในการเข้าปฏิบัติการในอำเภอที่ประสบภัย
ทีมควบคุมโรค (SRRT)	เฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมและป้องกันโรคระบาด
ทีมสุขภาพจิต (MCATT)	เฝ้าระวัง ค้นหาและรักษาทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในอำเภอที่ประสบภัย
ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ดูแลปรับปรุงแก้ไขระบบสุขภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	<p>รับผิดชอบการปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่ที่ประสบภัยภายในอำเภอ มีงานหลัก 5 งาน เลือกใช้ตามความเหมาะสมของภัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ในรพ.- งานรับอุบัติเหตุหมู่ตามแผนปฏิบัติการของ รพ. งานเพิ่มศักยภาพรพ.เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก (MCI) 1.2 ใน รพ.-งานอพยพออกจาก รพ. (Hospital evacuation) 1.3 นอก รพ.-งานตั้ง รพ.สนาม (Field hospital) 1.4 นอก รพ.-งานอพยพจากพื้นที่ประสบภัย (Field evacuation) 1.5 นอก รพ.-งานรักษาตามบ้าน/ศูนย์อพยพฯ (Field treatment)



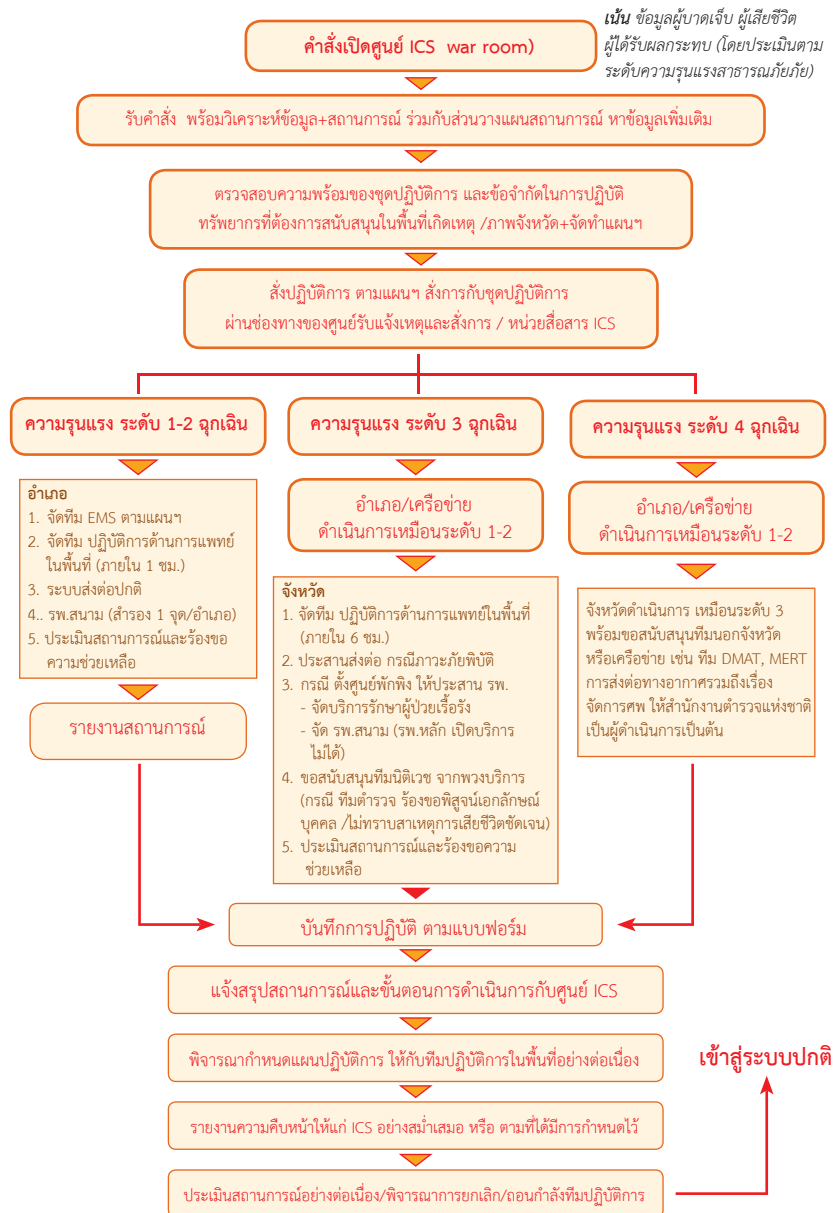
ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ

ส่วน	หน้าที่
ทีมประสานงานรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานกับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ให้ปฏิบัติตามแผนฯ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยบริการระบบสื่อสาร ICS บันทึกการปฏิบัติ (ตามแบบฟอร์ม) 2. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่ที่ประสบภัยไปโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น 3. ประสานทีมจากอำเภอหรือจังหวัดพื้นที่อื่นในการเข้าช่วยเหลือและปฏิบัติการในพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมควบคุมโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรค ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่างๆ ตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมสุขภาพจิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านจิตเวชของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านจิตเวช ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่างๆ ตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่างๆ ตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	<p>กำกับดูแลการปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ที่ประสบภัยที่รับผิดชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมระดับจังหวัด กำกับดูแล อำเภอที่ประสบภัย - ทีมระดับเขต กำกับดูแล จังหวัดที่ประสบภัย - ทีมระดับกระทรวง กำกับดูแล เขตที่ประสบภัย

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-02 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

ผังการปฏิบัติงานส่วนปฏิบัติการ



5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	Incident Commander , Planning Section Chief
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยู โทรศัพท์ การร่วมประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	ICS 201, 204, 205, 214, 215, 216, 220, Checklist FM-OS-01
ความถี่ในการรายงาน	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้นๆ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

ทำเนียบรายชื่อหน่วยงาน หรือทีมที่ต้องติดต่อ โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตามแบบฟอร์ม ICS 205)

7. แผนระดมทรัพยากร

- 7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม
- 7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

- 8.1 กำหนดให้ทีมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ Safety Officer อย่างเคร่งครัด
- 8.2 ระบุระดับวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณะ



**FM-OS-01 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief)**

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นภาระประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง

ภารกิจ/กิจกรรม

ระยะแรก

- รับคำสั่งจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการเปิดศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
- ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกคน (Common Responsibilities)
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- รับฟังการสรุปรายงานจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ และเจ้าหน้าที่ระดับบริหารอื่นๆ
- ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กรและทรัพยากรที่มี
- เตรียมเอกสาร
 - Group Assignment List (204)
 - Unit Log (214)
 - Operational Planning
 - Work Sheet (215)
- ทบทวนเอกสาร
 - Initial Incident Briefing (201)
 - Radio Communication Plan (205)
 - Radio Requirements Work Sheet (216)
 - Air Operation Summary (220)




- จัดองค์กร มอบหมายงาน ให้คำปรึกษาแนะนำ แก่ทีมที่ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการ
- โดยโครงสร้างภายใต้บังคับบัญชา ได้แก่
 - หัวหน้าสาขา
 - หัวหน้าพื้นที่หรือกลุ่ม
 - หัวหน้าหน่วย
 - หัวหน้าทีมปฏิบัติงาน
- วางแผน IAP ร่วมกับทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ประชุมสรุปสถานการณ์ร่วมกับหัวหน้าทีมทุกทีม
- เตรียมแผนปฏิบัติการของฝ่ายภายใต้แผน IAP
 - ประเมินสถานการณ์ และทบทวนแนวทางปฏิบัติการ
 - ประเมินทรัพยากรที่มีและที่สามารถหาได้
 - คาดหมายสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น สภาพอากาศ โอกาสที่จะเกิด
 - ประเมินระบบการสื่อสาร
 - ประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
 - ประเมินค่าใช้จ่ายคร่าวๆ และทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้
 - มอบหมายทรัพยากรที่ต้องใช้กับทีมระดับต่างๆ
- สรุปรายงานของทีมปฏิบัติงานเข้าในส่วนหนึ่งของ IAP
- สรุปรายงานให้ทีม/หน่วยปฏิบัติงานทราบ และมอบ IAP ให้ทีมงาน
- แจ้งหน่วยทรัพยากรให้ทราบถึงทีม/หน่วยที่ถูกส่งออกไปปฏิบัติการกิจในพื้นที่
- จัดระบบรายงานความต้องการทรัพยากรเข้าใน IAP
- แจ้งรายงานสถานการณ์เป็นระยะๆ ให้ทีม/หน่วยงานในความรับผิดชอบ
 หน่วยงานด้านการปฏิบัติการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่
 - ติดต่อทีม/หน่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความก้าวหน้าของงาน การปรับเปลี่ยน การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์จากหน่วยประเมิน
 - ร่วมวางแผนแก้ไขเหตุการณ์ที่ยังไม่เรียบร้อย
 - ปรับแผน IAP และแจ้งทีมบริหาร

- การบริหารจัดการจุดระดมพล (Staging Area)
 - กำหนดพื้นที่
 - ประเมินทรัพยากรที่ต้องใช้
 - ประเมินระยะเวลาการปฏิบัติงานเพื่อการสนับสนุนทรัพยากรต่อเนื่อง เช่น น้ำมัน อาหาร สุขากิจ
- เตรียมทีม/หน่วยปฏิบัติงาน
 - รวมและจัดกลุ่มทีมงานจากทรัพยากรเดี่ยว/หน่วย/ทีม โดยประเมินจากความเชี่ยวชาญ สาขา ภารกิจ
 - แต่งตั้งหัวหน้าทีม
 - มอบหมายภารกิจ
 - ส่งมอบทรัพยากรที่ต้องใช้ และระบบรายงานสถานการณ์และความต้องการสนับสนุนต่อเนื่อง
 - จัดระบบติดต่อสื่อสาร
- บริหารการปรับกำลังทีมใหม่/ถอนกำลัง
 - เมื่อต้องการใช้ทีมงานลดลง หรือต้องการผู้ปฏิบัติงานในทีมสำหรับภารกิจพิเศษ โดยให้ปรับทรัพยากรที่ใช้ในภารกิจไปพร้อมกัน
 - กรณีถอนกำลังให้แจ้งล่วงหน้าให้มากที่สุดก่อนมีการถอนกำลัง
- ประเมินความต้องการทรัพยากร/บุคลากร
 - ประเมินความก้าวหน้าของปฏิบัติการและสถานการณ์ล่าสุด
 - รับรายงานจากทีม/หน่วย
 - ความพอเพียงของทีมงาน ทรัพยากรชนิดและปริมาณที่ต้องการ
 - เวลาและสถานที่จัดส่ง
 - อำนาจการและติดต่อสื่อสารการสนับสนุน
- แจกแจงแผนการสนับสนุนทรัพยากร/บุคลากรต่อฝ่ายบูรณาการสนับสนุน
 - ประเมินความต้องการทรัพยากร จากสถานการณ์การคาดการณ์การคาดการณ์ที่ตรงใช้
 - แจกแจงแผนปฏิบัติการการนำทรัพยากรและบุคลากรในการออกปฏิบัติงาน



- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
 - รายละเอียด/ชนิดของเหตุการณ์
 - พื้นที่/ตำแหน่ง
 - ขนาดความรุนแรง
 - ผู้ได้รับผลกระทบ (ไม่ควรแจ้งชื่อทางวิทยุ)
 - การปฏิบัติการที่ทำไปแล้ว
 - ความต้องการสนับสนุน
 - บันทึกแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร
- จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน (ICS Form-214)



	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : จำนวน.....หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	ทีมควบคุมโรค (Disease Control Team) หรือ (SRRT)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)

ทีมควบคุมโรค (Disease Control Team) หรือในระดับอำเภอคือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) เป็นสมาชิกของส่วนปฏิบัติการ (Operation Section) มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief) ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP)

1. บทบาทหน้าที่

ทีมควบคุมโรค มีหน้าที่ดังนี้

1. ทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน
2. รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
3. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
5. รับฟังการสรุปรายงานจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
6. ประเมินทรัพยากร จัดองค์กร มอบหมายงาน ให้คำปรึกษาแนะนำ แก่ทีมที่ทำงานในพื้นที่
7. รับผิดชอบตรวจจับการระบาดของโรคสอบสวนหาสาเหตุ ปัจจัยของการระบาดได้อย่างถูกต้อง ทันการณ์
8. ควบคุมการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมได้ภายใน 2 รุ่นของการระบาด(2 generation) นับจากวันที่พบผู้ป่วยรายแรก
9. ดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีมีการจัดตั้ง ศูนย์พักพิง

10. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคของพื้นที่ที่ประสบภัย
11. ทำแผนแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรค ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย
12. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทีมงาน อุปกรณ์ต่างๆตามที่ได้รับภารกิจจากพื้นที่ที่ประสบภัย
13. บริหารจัดการในระดับจังหวัด อำนวยการด้านการปฏิบัติการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่
14. ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
15. รายงานสถานการณ์ด้านการปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
16. จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน

2. ผู้บังคับบัญชา : Operation Section Chief

3. ผู้ได้บังคับบัญชา : ทีมงานควบคุมโรค

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-05 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief)
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยู โทรศัพท์ การร่วมประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	ICS 205, 214, 221 / Checklist FM-OS-05, 06, 07, 08, 09, 10
ความถี่ในการรายงาน	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้นๆ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

6.1 ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)

6.2 ทำเนียบรายชื่อทีมควบคุมโรค หรือทีมที่ต้องติดต่อ โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน

7. แผนระดมทรัพยากร

- 7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม
- 7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

- 8.1 กำหนดให้ทีมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ Safety Officer อย่างเคร่งครัด
- 8.2 รมัดระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณชน

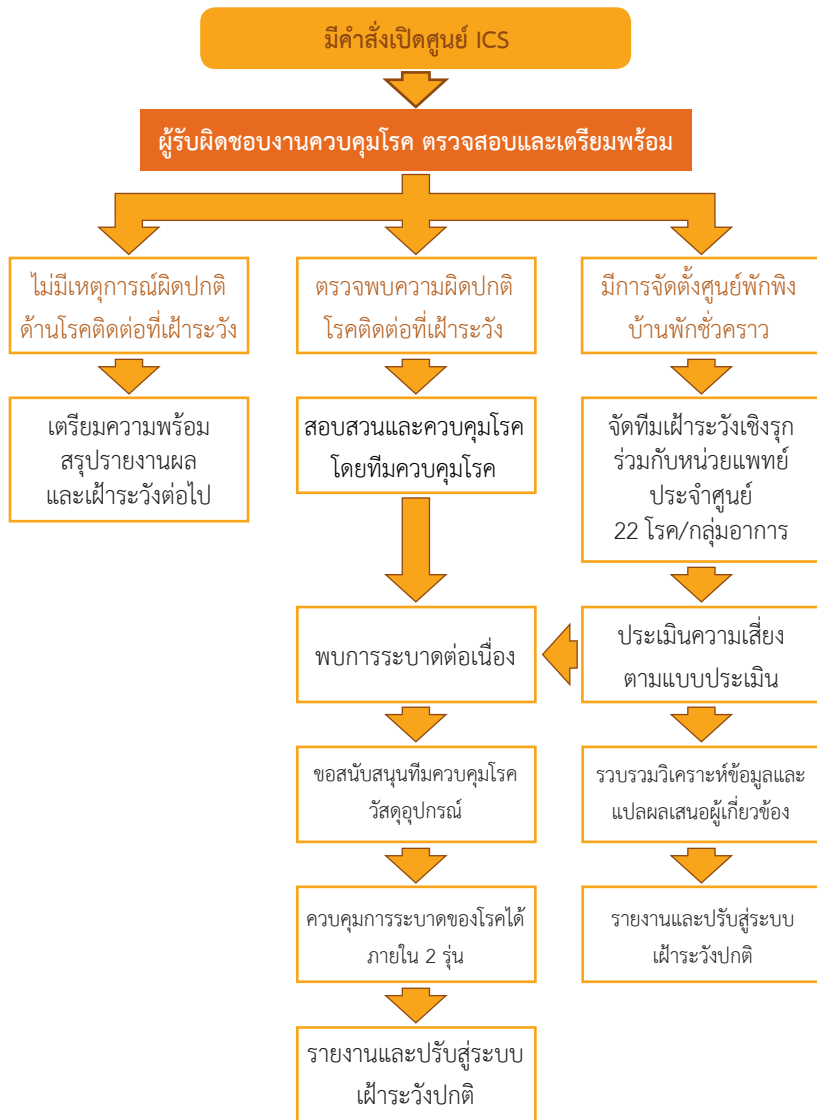
รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมควบคุมโรค

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
มีคำสั่งเปิดศูนย์ ICS	ผู้บัญชาการเหตุการณ์	ห้อง.....	
ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ตรวจสอบและเตรียมพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ ทีม ประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน - ไม้มีความเสี่ยงด้านโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง = เตรียมความพร้อม สรุปรายงานผลและเฝ้าระวังต่อไป	ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจังหวัด, อำเภอ	1. ห้องควบคุมโรค 2. <i>กรณีไม่สามารถใช้ห้อง ในข้อ 1 ได้</i>	FM-OS-17
ตรวจพบความผิดปกติด้านโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง = สอบสวน ควบคุมโรคตามเกณฑ์การสอบสวนโรค ระดับอำเภอ จังหวัด	ทีมควบคุมโรคในแต่ละระดับ	พื้นที่เกิดโรค รพ. ที่พบ Index case	- FM-OS-17 - FM-OS2-18 - แบบสอบสวนเฉพาะราย
การจัดตั้งศูนย์พักพิง 1. ระดับอำเภอจัดทีมตั้งระบบเฝ้าระวังเชิงรับ ร่วมกับหน่วยแพทย์ในศูนย์พักพิงชั่วคราว 2. ระดับจังหวัดพิจารณาส่งทีมสนับสนุนกรณีทีมอำเภอเกิดเหตุไม่เพียงพอ หรือทีมจังหวัดร่วมดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค	ในศูนย์พักพิงที่แต่ละอำเภอจัดตั้ง หรือพื้นที่เกิดโรค	



ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
พบการระบาดต่อเนื่อง มากกว่า 2 เท่าระยะพักตัวของโรค - รายงานหัวหน้าทีมปฏิบัติการ ร้องขอไปยังศูนย์บัญชาการ ทีมบุคลากร วัสดุอุปกรณ์สำหรับควบคุมโรคแบบ เจิงรุกเพิ่มพื้นที่ - รายงานหากมีการเปลี่ยนแปลงแผน ต้องการทรัพยากรเพิ่ม/เหลือ สถานการณ์อันตรายหรือเหตุการณ์สำคัญและเตรียมข้อมูลผลการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ รายงานในที่ประชุม	หัวหน้าทีมควบคุมโรคอำเภอ	พื้นที่เกิดเหตุ	ICS 215
เหตุการณ์การระบาดโรคสงบ หรือสามารถควบคุมให้อยู่ในวงจำกัด รายงานหัวหน้าส่วนปฏิบัติการเพื่อปรับลดกำลังและปรับระบบเฝ้าระวังเชิงรุกเป็นระบบเชิงรับปกติ - รวบรวม และวิเคราะห์บันทึกกิจกรรม ในระบบ ICS - เขียนรายงานสอบสวนโรคเสนอหัวหน้าส่วนปฏิบัติการและผู้เกี่ยวข้อง - ปรับระบบเฝ้าระวังที่จัดตั้งขึ้นในแต่ละพื้นที่เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังปกติ	หัวหน้าทีมควบคุมโรค	ส่งทางระบบ E-mail (ศูนย์ ICS)	ICS 221 แบบเช็คลอนกำลัง ICS 214 Final report

แนวทางปฏิบัติงานของทีมควบคุมโรค



FM-OS-05: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ทีมควบคุมโรค (Disease Control Team)

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นภาระประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกคน (Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- จัดตั้งฝ่ายปฏิบัติการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค
- ระบุแหล่งเบิกจ่ายอุปกรณ์ของทีมควบคุมโรคที่ลงพื้นที่ และระบุผู้ที่เกี่ยวข้องที่ลงพื้นที่เกิดเหตุเพื่อควบคุมการติดต่อของโรค
- กรณีมีผู้ป่วย มีการประชุม War room ทุกวัน
- ตั้งระบบ Active Surveillance ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น จุดที่ประสบภัยพิบัติ, โรงพยาบาล, ศูนย์อพยพ คลินิก ร้านขายยา
- ตั้งทีมสอบสวนโรคออกดำเนินการสอบสวนโรคทั้งเฉพาะราย และสอบสวนการระบาด
- ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถานการณ์ กับฝ่ายวางแผนเสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์
- จัดทำบัญชีกำลังบุคลากรด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค โดยประสานและส่งข้อมูลให้ส่วนแผนงาน (หน่วยทรัพยากรและบริหารกำลังคน)
- สำรวจประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคและภัย เช่น ความครอบคลุมของวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง

- ประเมินผลความไวของระบบเฝ้าระวัง
- จัดตารางหมุนเวียนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และจัดระบบการบันทึกการปฏิบัติงาน
- ของบุคลากรที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ตั้งระบบ Passive Surveillance, Sentinel Surveillance ในผู้ประสบภัย
- ให้มีการพูดคุยสรุปเหตุการณ์เพื่อระบายความกังวลใจของผู้ปฏิบัติ (Debrief)
- บันทึกกิจกรรมของฝ่ายทั้งหมด (ICS Form 214).
- ส่งมอบเอกสารให้ส่วนปฏิบัติการ (Operation section)



WI-OS-15: ทำเนียบรายชื่อทีมควบคุมโรค จังหวัด.....



ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
1.		ที่ปรึกษา	สสจ.....		
2.		หัวหน้าทีม	สสจ.....		
3.		ผู้ประสานหลัก	สสจ.....		
4.		สมาชิก	สสจ.....		
5.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.เมือง		
6.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
7.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
8.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
9.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
10.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
11.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
12.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
13.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
14.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
15.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
16.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
17.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
18.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
19.		ผู้ประสานหลัก	สสอ.....		
20.		ผู้ประสานหลัก	รพ.....		
ทีมหน่วยควบคุมโรคนำโดยแมลง					
1.		ผู้ประสานหลัก	ศคม.....		
2.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
3.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
4.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
5.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
6.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		



**FM-OS-06: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ที่ปรึกษาทีมควบคุมโรค**

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

เครื่องมือประเมินสถานการณ์ (IHR decision instrument) ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548

	ความสำคัญของเหตุการณ์	ระดับการตอบสนอง
1	การระบาดกรณีสงสัยหรือในวงจำกัด (Suspected / limited outbreak)	ระดับพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรการแพทย์ (Medical officers)
2	การระบาดทั่วไป (Outbreak)	ระดับพื้นที่และระดับอำเภอ โดยเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังสอบสวนโรค และทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid response team)
3	การระบาดที่ยืนยัน (Confirmed outbreak)	ระดับพื้นที่ อำเภอ และ (จังหวัด)
4	การระบาดเป็นวงกว้างหลายพื้นที่ (Wide spread epidemic)	ระดับ (จังหวัด)
5	การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Disaster response)	ระดับพื้นที่ อำเภอ (จังหวัด) และส่วนกลาง



**FM-OS-07: แบบฟอร์มตรวจสอบวัสดุ อุปกรณ์ (Checklist)
ของ ทีมควบคุมโรค**

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

รายการอุปกรณ์สำหรับการเก็บตัวอย่างและสอบสวนโรค

อุปกรณ์สอบสวนทางเดินหายใจสำหรับ 20 คน	
<input type="checkbox"/> 1. ไม้ Swab + ไม้กดลิ้น	<input type="checkbox"/> 9. พาราฟิล์ม (parafilm)
<input type="checkbox"/> 2. สำลี + แอลกอฮอล์ 70%	<input type="checkbox"/> 10. แอลกอฮอล์เจล
<input type="checkbox"/> 3. กรรไกร	<input type="checkbox"/> 11. Rack ตะแกรงใส่หลอด
<input type="checkbox"/> 4. ไฟฉาย	<input type="checkbox"/> 12. กระดาษชำระ
<input type="checkbox"/> 5. กระดาษ Label	<input type="checkbox"/> 13. ยา Tamiflu
<input type="checkbox"/> 6. ถุงซิปลู้งัด	<input type="checkbox"/> 14. แบบสอบสวนโรค
<input type="checkbox"/> 7. เทอโมมิเตอร์	<input type="checkbox"/> 15. VTM (สีเหลือง), กล่องโฟม และ Ice pack
<input type="checkbox"/> 8. อุปกรณ์ PPE (ถุงมือยาง + Surgical Mask + หน้ากาก N 95 + รองเท้าบู๊ท)	

อุปกรณ์สอบสวนทางเดินอาหาร สำหรับ 20 คน	
<input type="checkbox"/> 1. Cary blair's + ไม้ swab	<input type="checkbox"/> 10. ไฟแช็ก
<input type="checkbox"/> 2. กระปุกเก็บ stool	<input type="checkbox"/> 11. กระดาษ Label + ปากกา permanent
<input type="checkbox"/> 3. ขวดเก็บน้ำ sterile ขนาด 1000ml	<input type="checkbox"/> 12. Focep
<input type="checkbox"/> 4. ถุงมือยาง	<input type="checkbox"/> 13. กระดาษชำระ
<input type="checkbox"/> 5. ชุดทดสอบคลอรีนในน้ำ	<input type="checkbox"/> 14. แอลกอฮอล์เจล
<input type="checkbox"/> 6. ถุงพลาสติก + ยางวง	<input type="checkbox"/> 15. ถุงซิปลู้งัด
<input type="checkbox"/> 7. แบบสอบสวนโรค	<input type="checkbox"/> 16. กล่องโฟม และ Ice pack
<input type="checkbox"/> 8. ยา Norfloxacin 200 mg	<input type="checkbox"/> 17. น้ำยา Lysol
<input type="checkbox"/> 9. อุปกรณ์ PPE (ถุงมือยาง + Surgical Mask + หน้ากาก N 95 + รองเท้าบู๊ท)	

อุปกรณ์เจาะเลือด สำหรับ 20 คน	
<input type="checkbox"/> 1. Syringe ขนาด 3-5 ml.	<input type="checkbox"/> 4. กระปุกใส่สำลี+แอลกอฮอล์
<input type="checkbox"/> 2. เข็มสำหรับเจาะเลือด No 20- 23	<input type="checkbox"/> 5. หลอด Sterile tube , EDTA tube
<input type="checkbox"/> 3. สายยางรัดแขน (Tourniquet)	<input type="checkbox"/> 6. Rack สำหรับวางหลอดแก้ว + Label

เวชภัณฑ์ สำหรับ 100 คน	
<input type="checkbox"/> 1. เครื่องพ่นหมอกควัน + น้ำมัน	<input type="checkbox"/> 4. น้ำยาฉีดพ่นฆ่าจุลินทรีย์
<input type="checkbox"/> 2. โลชั่นกันยุง สเปรย์ไล่ยุง	<input type="checkbox"/> 5. คลอรีนน้ำ เม็ด
<input type="checkbox"/> 3. ทรายเทมโฟส	<input type="checkbox"/> 6. Lysol



FM-OS-08: แบบรายงานโรค/กลุ่มอาการ
ที่เฝ้าระวังในศูนย์อพยพ

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

กลุ่มโรค	โรค	เด็ก (<15 ปี)				ผู้ใหญ่				รวม ป่วย
		ไทย		ต่างชาติ		ไทย		ต่างชาติ		
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
Diarrhea diseases	1. Acute diarrhea									
	2. Cholera									
	3. Dysentery									
	4. Food poisoning									
Respiratory diseases	5. Influenza									
	6. Acute/Aspirate pneumonia									
	7. Measles									
Fever	8. Typhoid fever									
	9. Malaria									
	10. DHF									
	11. Pyrexia of Unknown Origin									
Neurological disease	12. Meningococcal meningitis									
Jaundice	13. Hepatitis									
Other	14. Viral conjunctivitis									
	15. Mump									
	16. Hand foot mouth disease									
	17. chicken pox									
	18. Wound infection									
	19. Sepsis/Cellulitis									
	20. Unknown death									
	21. Injury (ไม่ฟ้าซัด)									
	22. สัตว์มีพิษ									

รายชื่อผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือได้สอบสวนเฉพาะรายเบื้องต้น

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ที่พักปัจจุบัน	การวินิจฉัยและเบอร์โทร	วันเริ่มป่วย	รพ. ที่รับ refer	ปัจจัยเสี่ยงสงสัย

กรุณาส่งแบบรายงานนี้ไปที่สำนักสาธารณสุขจังหวัด..... Fax: หรือ E-mail :



FM-OS-09: แบบประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาด
ในศูนย์พักพิงชั่วคราว ผู้ประสบภัย

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

การใช้แบบประเมินความเสี่ยง โดยการสอบถามผู้อพยพ ผู้ดูแลหรือผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการสังเกต การประเมินทำเมื่อเริ่มจัดตั้งจุดอพยพ หลังจากนั้นทำสัปดาห์ละครั้ง เพื่อประเมินความเสี่ยงและความต้องการการสนับสนุนเรื่องควบคุมโรคต่อไป

ข้อมูลทั่วไป

วันที่เริ่มตั้งจุดอพยพ..... จำนวนผู้อพยพประมาณ.....คน

สิ่งที่ควรประเมิน	หัวข้อในการประเมิน (Check ได้มากกว่า 1 ข้อ)	การควบคุมโรค	หมายเหตุ
1. อาหาร (สัมภาษณ์ผู้อพยพ) เฉลี่ย.....มื้อ/คน/วัน	<input type="checkbox"/> ปรงสุกและรับประทานขณะที่ยังร้อน <input type="checkbox"/> ปรงสุกแต่ไม่ร้อนในขณะที่รับประทาน <input type="checkbox"/> ปรงไม่สุกหรือมีรสและกลิ่นผิดปกติในขณะที่รับประทาน	- สุ่มตรวจอาหารที่แหล่งกระจายอาหาร - จัดหาอาหารที่ปรุงใหม่ให้ครบ 3 มื้อ - จัดหาวิธีการและอุปกรณ์ให้สามารถอุ่นอาหารก่อนรับประทานได้ - จำกัดคนเข้าออกบริเวณที่ปรุงอาหาร - มีความเสี่ยงในการรับประทานอาหารค้างมื้อหรือทิ้งไว้นานหรือไม่	- มีความเสี่ยงในการนำพาเชื้อโรคที่รุกราน
2. น้ำดื่ม (สัมภาษณ์ผู้อพยพและเจ้าหน้าที่) เฉลี่ย.....ลิตร/คน/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำบรรจุขวดหรือ ดื่มน้ำจาก แทงค์หรือคูลเลอร์ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำที่ไม่ได้เติมคลอรีนจากคูลเลอร์ที่ต้องใช้มีोज้วงตัก	- คลอรีนหยดในน้ำดื่ม แทงค์หรือคูลเลอร์ที่ไม่ได้บำบัด (ให้ได้ 0.2 ppm)	- มีความเสี่ยงในการดื่มน้ำที่ไม่ได้บำบัดหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากมือหรือไม่



สิ่งที่ควรประเมิน	หัวข้อในการประเมิน (Check ได้มากกว่า 1 ข้อ)	การควบคุมโรค	หมายเหตุ
	[] ดื่มน้ำที่ท่วม หรือแหล่งน้ำอื่นๆ เช่น บ่อน้ำโดยไม่ได้เติมคลอรีน	- ชุดตรวจคลอรีน - คลอรีนบำบัดน้ำ (0.5 – 1 ppm)	- มีความเสี่ยงในการใช้น้ำที่ไม่ได้ผ่านการบำบัดหรือไม่
3. น้ำใช้ ระบุแหล่ง..... (สัมภาษณ์และตรวจวัดระดับคลอรีน)	[] เติมคลอรีนและมีระดับคลอรีนคงค้าง >0.5ppm [] เติมคลอรีนและมีระดับคลอรีนคงค้าง < 0.5ppm [] น้ำที่ท่วมขังหรือน้ำจากธรรมชาติอื่นๆ ที่ไม่ผ่านการเติมคลอรีน	- สารส้ม	
4. ส้วม (สังเกตร่วมกับถามเพิ่มเติม) เฉลี่ยปริมาณ..... ห้อง/คน	[] ส้วมซึม [] ส้วมชั่วคราวมีเพียงพอละมีการเก็บกำจัดสิ่งปฏิกูลสม่ำเสมอ [] ถ่ายลงถุงดำหรือมีส้วมชั่วคราวแต่ไม่มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลเมื่อส้วมเต็ม	- ถุงดำสำหรับขับถ่าย - สบู่ เจลล้างมือ - ถังใส่น้ำราดส้วม - EM - รดรดส้วม	- มีความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนในอุจจาระ
5. ชยะเปียก (สังเกตร่วมกับถามเพิ่มเติม)	[] ใสถุงชยะ มีรถมาเก็บประจำ [] ใสถุงชยะแต่ไม่มีการนำไปทิ้ง [] มีหลุมชยะ [] ไม่มีการจัดการชยะ	- ถุงดำ - EM - ปูนขาว - ประสานรถเก็บชยะ	มีชยะเปียกเน่าเหม็น แฉะวันจำนวนมาก
6. ยุ้งน้ำโรค (สัมภาษณ์ผู้พยาย)	[] ไม่ค่อยโดนยุงกัด [] โดนยุงกัดกลางคืน [] โดนยุงกัดกลางวัน [] พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	- มุ้ง ยาทากันยุง - ทีมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง - ทีมพ่นสารเคมีกำจัดยุง - ทราयोเบท	มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือไม่
7. การตรวจรักษา (สังเกตร่วมกับถามเพิ่มเติม)	[] มีหน่วยรักษาพยาบาลเข้ามาให้บริการทุกวัน [] มีหน่วยฯเข้ามาให้บริการบางวัน [] ไม่มีหน่วยแพทย์เข้ามาบริการ	- มีการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากหน่วยแพทย์ - กรณีไม่มีหน่วยแพทย์ต้องจัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือมีจุดรับแจ้งโรคระบาด	มีการตรวจจับการระบาดหรือไม่

สิ่งที่ควรประเมิน	หัวข้อในการประเมิน (Check ได้มากกว่า 1 ข้อ)	การควบคุมโรค	หมายเหตุ
8. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดที่สำคัญอื่นๆ	[] จำนวนผู้อพยพหนาแน่น (มีพื้นที่เฉลี่ยน้อยกว่า 3.5 ตร.ม. ต่อคน) [] พบแรงงานหรือชาวต่างด้าวอยู่ในจุดอพยพ จำนวนประมาณ.....คน [] พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด จำนวนประมาณ.....คน [] อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีหน้าต่างเพียงพอ [] สัตว์รังโรคอยู่ในบริเวณจุดอพยพ เช่น วัว ควาย สุนัข หนู ฯลฯ [] พบสุนัขจำนวนมากและส่วนใหญ่เป็นสุนัขที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า [] พบสัตว์มีพิษจำนวนมากในบริเวณจุดพักพิง เช่น งู ตะขาบ [] มีน้ำท่วมขังในบริเวณจุดพักพิง [] พบสารเคมีรั่วไหลในบริเวณจุดพักพิงหรือบริเวณใกล้เคียง [] มีเหตุการณ์ผิดปกติในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ที่อาจเป็นการระบาดหรือส่งผลกระทบต่อเกิดการระบาด เช่น พบผู้ป่วยอาการคล้ายกันเป็นกลุ่มก้อน, มีคนป่วยอาการรุนแรงต้องส่งต่อไปโรงพยาบาล (สอบถามแล้วสงสัยโรคติดเชื้อ), อาหารมึกกลิ่นหรือรสผิดปกติ พบสัตว์ตายผิดปกติ เป็นต้น ระบุรายละเอียด ลักษณะเหตุการณ์จำนวน วันที่เกิดเหตุการณ์.....		

แผนในการป้องกันควบคุมโรค

ลำดับที่	มาตรการป้องกันควบคุมโรค	เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ จำนวนที่ต้องใช้	การประสานขอการสนับสนุน (เรื่อง / หน่วยงานที่ต้องประสาน)



FM-OS-10 : แบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังในศูนย์พักพิงชั่วคราว



ลำดับ	วันที่ รายงาน	หน่วย รายงาน	ชื่อ-สกุล	เชื้อ ชาติ	เพศ	อายุ	ที่อยู่	การวินิจฉัย	วันเริ่มป่วย	วันรักษา	ผล การรักษา	ผล Lab

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : จำนวน..... หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	ทิวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม (Environmental Health)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)

ทิวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) เป็นสมาชิกของส่วนปฏิบัติการ มีหน้าที่รับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP) ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ

1. บทบาทหน้าที่

- ทิวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) มีหน้าที่ดังนี้
1. ทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน
 2. รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
 3. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
 4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
 5. รับฟังการสรุปงานจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
 6. ประเมินทรัพยากร จัดองค์กร มอบหมายงาน ให้คำปรึกษาแนะนำ แก่ทีมที่ทำงานในพื้นที่
 7. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ที่ประสบภัย
 8. ทำแผนแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย
 9. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่างๆ ตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
 10. ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
 11. รายงานสถานการณ์ด้านการปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
 12. จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน



2. ผู้บังคับบัญชา : Operation Section Chief

3. ผู้ใต้บังคับบัญชา : ทีมงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข

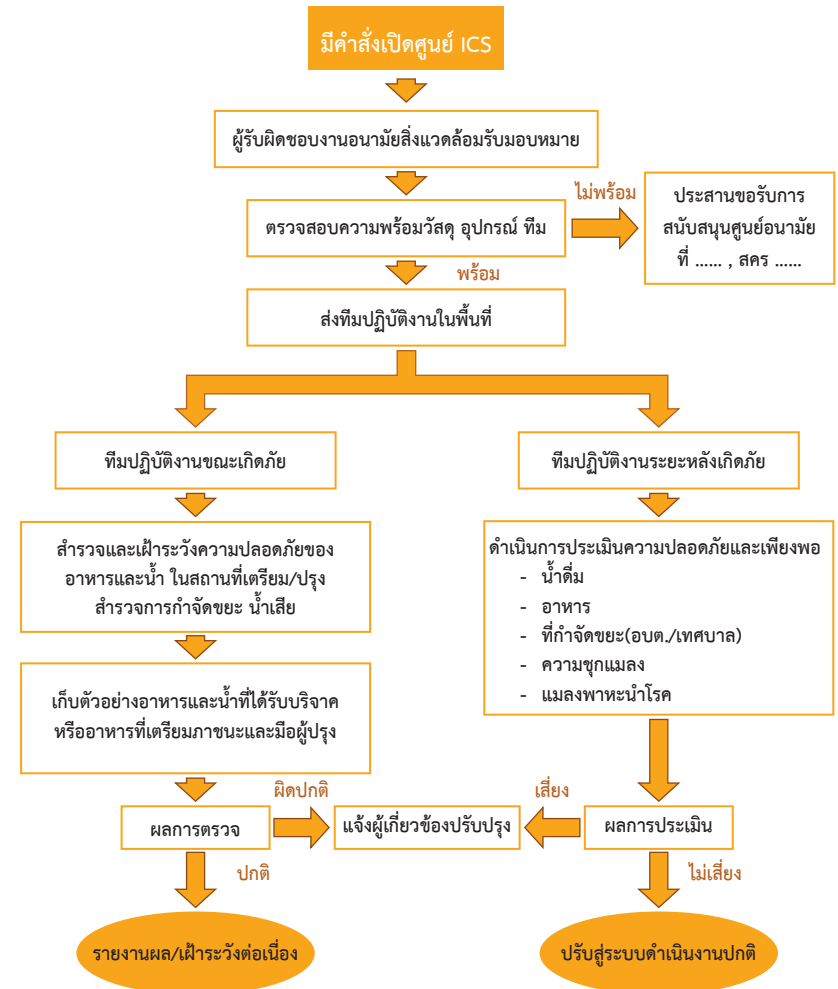
4.2 FM-OS-20 แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- รับแจ้งข้อมูลการเปิดศูนย์ ICS - ตรวจสอบความพร้อมของทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม และมอบหมายภารกิจตามแผนที่กำหนด	หัวหน้าทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม	ศูนย์ ICS	- แบบรับแจ้งและรายงานข่าว
ตรวจสอบความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ ทีมงาน ระดับจังหวัด อำเภอ	ผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ห้องวัสดุเก็บอุปกรณ์ สารเคมี	- FM-OS-20 - WI-OS-32
ตรวจสอบความพร้อมจำนวน และวันหมดอายุของวัสดุอุปกรณ์ เก็บตัวอย่าง อาหาร น้ำ ชุดตรวจสอบเบื้องต้น ชุดตรวจสอบคลอรีน ชุดป้องกันตัวสำหรับผู้ปฏิบัติงาน กรณีไม่เพียงพอขอสนับสนุนจาก ศูนย์อนามัยที่สคร..... หรือเครือข่ายในจังหวัด	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	ห้องชั้นสุตรทางห้องปฏิบัติการห้องวัสดุ	- FM-OS-21
แจ้งพื้นที่ ส่งทีมปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุ • ในระยะแรก 12-24 ชม. สำรองและเผื่อสำรองด้านอาหาร น้ำที่ปรุงเองในพื้นที่ประสบภัยและที่ได้รับบริจาค • หลังเกิดภัย สำรองความเพียงพอของ น้ำ อาหาร ที่กักจัดขยะ หากพบความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคแจ้งหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	พื้นที่เกิดเหตุ	
ผลการตรวจ น้ำอาหาร มีผู้ปรุงอาหาร ภาวะ - ไม่พบความผิดปกติ - ผลการประเมินในภาพรวมไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคระบาด - รายงานผลการปฏิบัติงานต่อหัวหน้าทีมอนามัยสิ่งแวดล้อมและปรับเข้าสู่ระบบเผื่อสำรอง	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		- FM-OS-22

ขั้นตอนปฏิบัติทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผังการปฏิบัติงาน





5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief)
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยู โทรศัพท์ การร่วมประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	ICS 201 203 205 214 / Checklist FM-OS-20 ,21,22 WI-OS-32
ความถี่ในการรายงาน	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้นๆ

6. แผนสื่อสารประสานงาน

6.1 ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)

6.2 ทำเนียบรายชื่อทิวอนามัยและสิ่งแวดลอม หรือทีมที่ต้องติดต่อ โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสาร ที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตามแบบฟอร์ม ICS 205)

7. แผนระดมทรัพยากร

- 7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการที่สนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม
- 7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

- 8.1 กำหนดให้ทีมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ Safety Officer อย่างเคร่งครัด
- 8.2 รมั้ตระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณะ



FM-OS-20 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist) ของ ทิวอนามัยและสิ่งแวดลอม (Environmental Health)

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกรประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกคน (Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร (ICS Forms 201 and 203)
- ตรวจสอบจำนวนวัสดุอุปกรณ์ด้านสุขภาพทุกรายการ จำนวนคงคลัง ตาม แบบ FM-OS-21 : แบบตรวจความพร้อมรายการวัสดุอุปกรณ์
- ประสานข้อมูลการลงทะเบียนผู้อพยพซึ่งทีม ปก จัดทำ เพื่อประกอบการจัดทำทะเบียนผู้ได้รับผลกระทบในแต่ละด้าน ตลอดจนข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เช่น จำนวน ส้วมชนิดต่างๆ น้ำที่ใช้ดื่ม บริโภค การกำจัดขยะ
- จัดทำแผนที่ แสดง จุดเกิดเหตุ สาธารณูปโภคของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ สถานที่สำคัญที่ต้องฟื้นฟูวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะพื้นที่ จำแนกหมู่บ้าน หลัง เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ
- ประสาน กับทีม SRRT สรุปลสถานการณ์และรายงานตามระบบ เป็นระยะ วิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม และสรุปประเด็นการเสนอและปัญหาอุปสรรคแจ้งตามระบบ
- แผนการเฝ้าระวังสุขภาพหลังเกิดเหตุ ให้ข้อเสนอแนะควรมีการเฝ้าระวัง

- พื้นที่เสี่ยงที่ควรมีการเฝ้าระวังต่อ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ระยะเวลาในการเฝ้าระวัง
- ดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่อื่น
- ส่งต่อข้อมูลให้สถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่เกิดเหตุเพื่อทราบสถานการณ์
- ให้มีการพูดคุยสรุปเหตุการณ์ทั้งเหตุปกติและเหตุการณ์พิเศษเพื่อระบายความกังวลใจของผู้ปฏิบัติ (Debrief)
- บันทึกกิจกรรมของฝ่ายทั้งหมด (ICS Form 214)
- ส่งมอบเอกสารให้ส่วนปฏิบัติการ (Operation section)



FM-OS-21 : แบบฟอร์มตรวจสอบวัสดุ อุปกรณ์ (Checklist)
ของ ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

แบบฟอร์ม

- FM-OS-21 : แบบตรวจความพร้อมรายการวัสดุอุปกรณ์ ชุดตรวจที่จำเป็นในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร
- แบบตรวจร้านอาหาร แผงลอย โรงอาหาร และโรงครัว
- แบบตรวจแนะนำหน่วยจัดบริการอาหารในภาวะฉุกเฉิน
- แบบสรุปผลการตรวจประจำหน่วยบริการอาหารในพื้นที่ประสบภัย
- แบบรายงานการเก็บตัวอย่างอาหารและน้ำบริโภค
- แบบประเมินการดูแลบำรุงรักษาระบบประปา
- คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อในภาวะฉุกเฉิน
- คำแนะนำในการเตรียมปรุงอาหารสำหรับผู้ประสบภัย
- แบบรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำในพื้นที่ประสบภัย
- แบบสรุปรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ประสบภัย



**FM-OS-22: แบบฟอร์มสำรวจและสรุปรายงานผลการดำเนินงาน
ของ ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม**

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

การดำเนินงาน	สถานที่พบ		ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
	มี	ไม่มี		
น้ำดื่ม				
- ปริมาณมีเพียงพอ (ระบุชนิด)				
- ผลการตรวจแบคทีเรีย (อ.๑๑)				
น้ำใช้				
- ปริมาณมีเพียงพอ (ระบุชนิด)				
- ผลตรวจคลอรีน (อ.๓๑)				
- ผลการตรวจแบคทีเรีย (อ.๑๑)				
ขยะมูลฝอย				
- ความเพียงพอของที่รองรับขยะ				
- ความเพียงพอของถุงดำ				
- มีสถานที่กำจัดขยะ และกำจัด				
ขยะมูลฝอยถูกต้อง (ระบุวิธีการ)				
สิ่งปฏิกูล				
- มีส้วม สะอาด เพียงพอ				
- มีการกำจัดน้ำทิ้งเหมาะสม				
สถานที่ปรุงประกอบอาหาร				
- สถานที่ถูกสุขลักษณะ				
- มีการกำจัดเศษอาหารถูกต้อง				
แมลงพาหะนำโรค				
- มีการควบคุมแมลงสัตว์พาหะนำโรค				
ที่พักอาศัย				
- ที่พักเป็นส่วน สสะอาด เป็นระเบียบ ระบายอากาศดี				

สภาพปัญหาที่พบด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะอื่นๆ



**WI-OS-32 : ทำเนียบรายชื่อผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
จังหวัด.....**

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
1.		นวก.สาธารณสุข	สสจ.....		
2.		นวก.สาธารณสุข	สสอ.....		
3.		นวก.สาธารณสุข	รพ.....		
4.		นวก.สาธารณสุข	สสอ.....		
5.		นวก.สาธารณสุข	รพ.....		
6.		นวก.สาธารณสุข	สสอ.....		
7.		นวก.สาธารณสุข	รพ.....		
8.		จพ.สาธารณสุข	สสอ.....		
9.		นวก.สาธารณสุข	รพ.....		
10.		นวก.สาธารณสุข	สสอ.....		
11.		จพ.สาธารณสุข	รพ.....		
12.		นวก.สาธารณสุข	สสอ.....		
13.		นวก.สาธารณสุข	รพ.....		



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure)
เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย
ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

รหัส : จำนวน.....หน้า
ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0
วันที่บังคับใช้ :

ทีมสุขภาพจิต
(Mental Health Team) หรือ MCATT

ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ
ผู้ตรวจสอบ :

ผู้อนุมัติ :

ทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team) หรือในระดับอำเภอคือทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) คือทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. บทบาทหน้าที่

1. ปฏิบัติงานร่วมกับทีมให้การช่วยเหลือทางกาย เพื่อประเมินสถานการณ์
2. ประเมินคัดกรองและให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่
3. ประสานและให้การสนับสนุนทีมสุขภาพจิต ในพื้นที่
4. จัดเตรียมให้ทีมสุขภาพจิต รพ.สต./อำเภอ มีความพร้อมในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัย
5. ประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ
6. รายงานผลการปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชาเหตุการณ์ตามขั้นตอน

2. ผู้บังคับบัญชา : Operation Section Chief

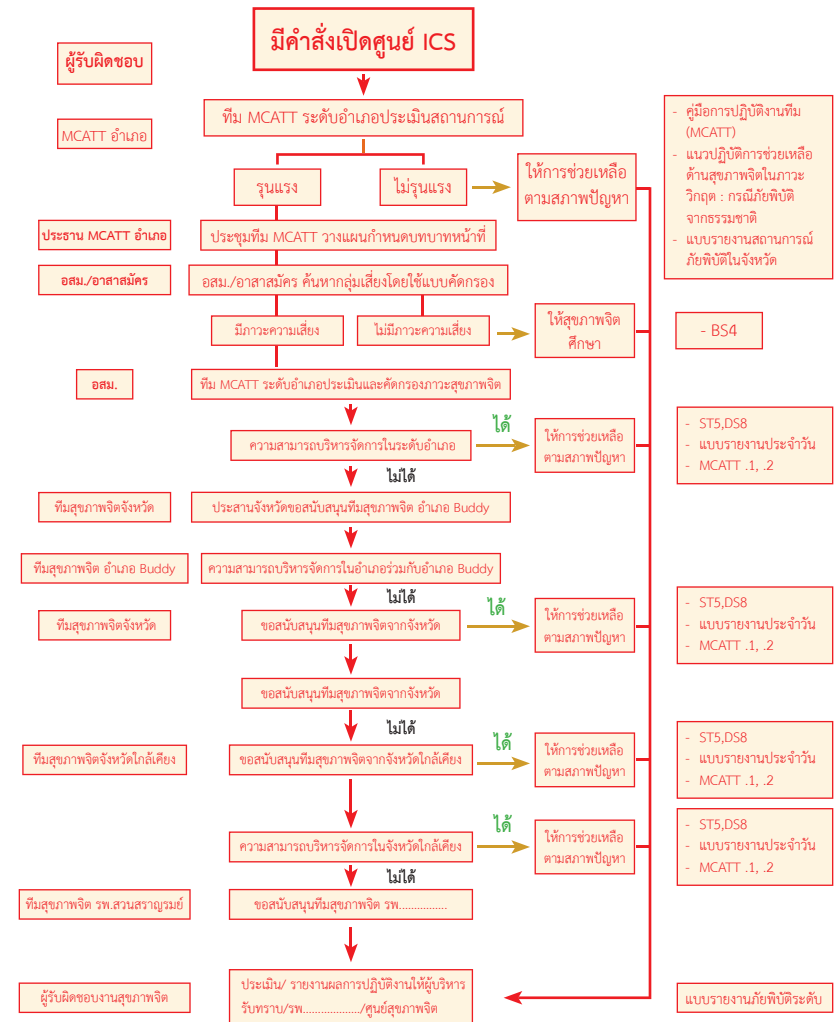
3. ผู้ใต้บังคับบัญชา : ทีมสุขภาพจิตในพื้นที่

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-11: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)



**ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต
สำหรับทีมสุขภาพจิต จังหวัด.....**



5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Chief/ MCATT จังหวัด
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต การดูแลช่วยเหลือ ผลการปฏิบัติงาน
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล โทรศัพท์ การประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	FM-OS-11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 WI-OS-20
ความถี่ในการรายงาน	ตามรอบของการจัดประชุม และตามที่หน่วยงานร้องขอ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

6.1 ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)

6.2 ทำเนียบรายชื่อทีมสุขภาพจิตทุกอำเภอ รายชื่อหน่วยงานหรือทีมที่ต้องติดต่อ กำหนดช่องทางการสื่อสาร

7. แผนระดมทรัพยากร

7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม

7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ทีมสุขภาพจิตอื่นๆ



FM-OS-20 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist) ของ ทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team)

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกรประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- มีความพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบตามสถานการณ์ฉุกเฉิน (Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- วางแผนช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจตามแนวทางช่วยเหลือเป็นการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต
- บริหารจัดการการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในระดับจังหวัด
- ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต กำหนดพื้นที่/ทีมที่จะลงช่วยเหลือ
- เตรียมเอกสาร แบบประเมิน/รายงานต่างๆ

ระยะวิกฤต (72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ)

- ปฏิบัติงานร่วมกับทีมให้การช่วยเหลือทางกาย เพื่อประเมินสถานการณ์
- ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต

ระยะฉุกเฉิน (72 ชั่วโมง -2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุ)

- ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและกำหนดพื้นที่ที่จะลงไปช่วยเหลือ
- ให้ อสม./อาสาสมัครในพื้นที่ค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมิน BS4 กรณีพบกลุ่มเสี่ยงให้ส่งต่อ MCATT รพ.สต. เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่อง

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน)

- ทีม MCATT อำเภอลำปาง เพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากทีมที่ลงประเมินสถานการณ์/ MCATT รพ.สต. เพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อเนื่อง
- ค้นหาและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต ในกลุ่มเสี่ยง ผู้ใหญ่ ใช้แบบประเมินความเครียด (ST 5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS 8) เด็กใช้แบบสอบถามจาก เหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (CRIES-13) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) แบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)
- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับไม่รุนแรง ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจและประคับประคองจิตใจ
- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ทีม MCATT ส่งต่อ รพ.ที่มีจิตแพทย์หน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง
- ติดตามดูแลต่อเนื่อง ในกรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือแพทย์/ทีมพิจารณาให้ดูแลต่อเนื่อง

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)

- ทีมสุขภาพจิตเข้าพื้นที่ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงตามทะเบียนติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตต่อเนื่องกรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือแพทย์ให้พิจารณาติดตามต่อเนื่อง (MCATT.2) และค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตรายใหม่ ที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง
- ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่เสี่ยงภัยซ้ำ
- ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
- ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีอาการดีขึ้น ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่องและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น กรณีอาการไม่ดีขึ้น ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการดูแลบำบัดรักษาที่เหมาะสม
- ติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ หลังการส่งต่อ
- สรุปและประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพจิต ในการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภาวะวิกฤต
- ส่งข้อมูล/รายงานผลการปฏิบัติงานต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ ทีมสุขภาพจิตจังหวัดตามขั้นตอน (MCATT.1, MCATT.2, MCATT.3, Peer Review)



FM-OS-12: รายการเวชภัณฑ์ยาทางจิตเวช สำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต ทีมสุขภาพจิตจังหวัด (Mental Health Team) จังหวัด.....

ลำดับ	ราคา	รายการยา		จำนวนคงคลัง (ตัวอย่าง)
1	1	Alprazolam 0.5 mg	<input type="checkbox"/>	26x100
2	0.5	Diazepam 2 mg	<input type="checkbox"/>	7x1000
3	0.5	Diazepam 5 mg	<input type="checkbox"/>	3x1000
4	0.6	Lorazepam 1 mg	<input type="checkbox"/>	6x1000
5	1.3	Fluoxetine 20 mg	<input type="checkbox"/>	51x500
6	0.5	Amitriptyline 10 mg	<input type="checkbox"/>	49x500
7	0.5	Amitriptyline 25 mg	<input type="checkbox"/>	27x500
8	0.5	Perphenazine 4 mg	<input type="checkbox"/>	6x1000
9	0.5	CPZ 50 mg	<input type="checkbox"/>	12x1000
10	0.5	Propanolol 10 mg	<input type="checkbox"/>	30x500
11	12	Haloperidol 5 mg inj.	<input type="checkbox"/>	140 amp
12	5	Diazepam 10 mg inj.	<input type="checkbox"/>	150-200 amp *ห้องยา
13	0.5	Benzhexol 2 mg	<input type="checkbox"/>	33x1000



FM-OS-20 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ทีมสุขภาพจิต

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

ลำดับ	รายการ	มี	หมายเหตุ	ลำดับ	รายการ	มี	หมายเหตุ
1	ป้ายชื่อ			6	แบบประเมิน/คัดกรอง		
	- ป้ายผ้าแสดงชื่อหน่วยงาน Ex				- เวชระเบียน		
	- ป้ายแสดงคลองคอคณะทำงาน				- ใบสั่งยา		
2	ป้ายแจ้งการให้บริการ				- แบบประเมิน ST5		
	- บริการปรึกษา/รับยา/ตรวจรักษา				- แบบประเมิน DS8		
	- เอกสารแจกฟรี				- แบบประเมินอื่นๆ BS4		
3	คอมพิวเตอร์				- แบบประเมินสำหรับเด็ก		
	- Handdy Drive				- แบบประเมิน MCATT.1		
	- กล้องถ่ายรูป/วิดีโอ				- แบบประเมิน MCATT.2		
4	กระเป๋าเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน				- แบบประเมิน MCATT.3		
	- ยาและเวชภัณฑ์			7	อุปกรณ์		
	- เครื่องวัดความดัน/หูฟัง				- เสื้อชูชีพ (สีสะท้อนแสง)		
	- แก้วยา				- ร่ม/เสื้อกันฝน/หมวก		
	- ชุดทำแผล/สำลี/แอลกอฮอล์				- ครีมกันแดด/ยาทากันยุง		
	- ของขียนิตต่างๆ /ถุงใส่ยา				- เสื้อทีม/เสื้อสำรอง		
	- ถุงมือขนาดต่างๆ				- รองเท้าบูท/รองเท้าแตะ		
	- หน้ากาก/น้ำยาล้างมือ				- นกหวีด		
5	อุปกรณ์สำนักงาน				- ผ้าปูโต๊ะ/ผ้ายกคลุมสัมภาระ		
	- ดินสอ/ปากกา/ยางลบ			8	เครื่องขยายเสียงเคลื่อนที่		
	- ที่เย็บกระดาษ / ลวดเย็บ/คลิป			9	อาหาร/น้ำ		
	- ไม้บรรทัด/กรรไกร/ที่ชั่ง				- กระติกน้ำ/แก้วน้ำ		
	- สมุดบันทึก/กระดาษ				- งาน/ขนม/ช้อน		
	- ไฟฉาย/ถ่านไฟฉาย			10	โทรศัพท์มือถือ		
	- ถุงใส่ขยะ			11	วิทยุสื่อสาร		
	- ดุงยาว 10 เมตร			12	อื่นๆ		
	- แฟ้มใส่เอกสาร						



WI-OS-20: ทำเนียบรายชื่อ ทีมสุขภาพจิต
จังหวัด.....



ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
1.		นวก.สาธารณสุข	สสจ.....		
2.		พยาบาลวิชาชีพ	สสอ.....		
3.			รพ.....		
4.			สสอ.....		
5.			รพ.....		
6.			สสอ.....		
7.			รพ.....		
8.			สสอ.....		
9.			รพ.....		
10.			สสอ.....		
11.			รพ.....		
12.			สสอ.....		
13.			รพ.....		
14.			สสอ.....		
15.			รพ.....		
16.			สสอ.....		
17.			รพ.....		



FM-OS-14 : แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพจิต
สำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

ข้อมูลค้นหากลุ่มเสี่ยง 4 ข้อ (BS 4)
(สำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร)

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน / /
เบอร์โทร / บุคคลที่ติดต่อได้

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการประเมินคัดกรอง BS 4 มีดังนี้

กลุ่มเสี่ยง	มี	ไม่มี
1.1 มีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อนหรือใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาคลายเครียด ยานอนหลับ		
1.2 เคยใช้สารเสพติด เช่น สุรา, กัญชา, ยาบ้า ฯลฯ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
1.3 มีโรคเรื้อรังที่ต้องกินยาทุกวัน หรือความพิการที่ต้องการดูแลพิเศษหรือไม่		
1.4 ท่านรู้สึกเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์นี้		

*** เมื่อพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่ง ทีมสุขภาพจิต / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมิน ST5 และ DS8



FM-OS-15 : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก
Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย



เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ
ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดย
กา ✓ ลงใน

- ก. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- ก. อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นด้วยดี
 ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
- ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
 ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
- ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
 ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
- ก. ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทำตัวไม่ดีนานๆ ที
- ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
 ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน ค. จะต้องมียุติเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
- ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
 ค. ฉันชอบตัวเอง
- ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
- ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย
 ข. ฉันคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น
 ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย

10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นานๆ ครั้ง
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆ ที่
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
 ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง
 ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ลำบาก ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ง่าย
14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
 ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน
 ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำกรบ้าน
 ค. การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
 ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร
 ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สึกรเหงา ข. ฉันรู้สึกเหงาบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
21. ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ข. ฉันรู้สึกสนุกนานๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก
 ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้ ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก



24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไรได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว ในขณะนี้
25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
 ค. ฉันรู้สึกว่ามีคนรักฉัน
26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
27. ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	3	4	6	9	12	14	17	19	20	22	23	26	27
---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

- ก. ให้ 0 คะแนน
 ข. ให้ 1 คะแนน
 ค. ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

2	5	7	8	10	11	13	15	16	18	21	24	25
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

- ก. ให้ 2 คะแนน
 ข. ให้ 1 คะแนน
 ค. ให้ 0 คะแนน

ทั้งนี้แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย
 คะแนน 1 หมายถึง มีอาการน้อย
 คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ แล้วพบว่า **คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป** จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก



FM-OS-16 : แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ
Revised Child Impact of Events Scale (CRIES)

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

อาการต่อไปนี้รวบรวมจากสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงหรือความไม่สงบที่เกิดขึ้น โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับตัว ในช่วง 7 วันนี้ ขนาดไหน ถ้าไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”

	ไม่เลย 0	นาน ๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 3	บ่อย ๆ 5
1. นึกถึงเหตุการณ์รุนแรงขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ				
2. พยายามลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น				
3. ไม่มีสมาธิในการเรียน				
4. ยังรู้สึกหวาดเหตุการณ์รุนแรง				
5. สะดุ้งตกใจง่ายกว่าเดิมหลังเหตุการณ์รุนแรง				
6. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง				
7. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
8. มีภาพเหตุการณ์รุนแรง/ภัยพิบัติผุดขึ้นในใจ				
9. มีสิ่งที่ยังคิดถึงถึงเหตุการณ์รุนแรง				
10. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
11. รู้สึกหงุดหงิดง่าย				
12. ตื่นตัวและระแวงตัวเกินเหตุ				
13. มีปัญหาการนอน (เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อย)				

การให้คะแนนแบบสอบถาม CRIES

คำชี้แจง

CRIES - 8 ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10

การให้คะแนน 0 = ไม่เลย, 1 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง 5 = บ่อย ๆ

CRIES - 8

คะแนนสูงสุด = 40

คะแนนต่ำสุด = 0

ค่าคะแนนจุดตัด ≥ 40

มีค่า sensitivity 0.75 specificity 0.54 และ NPV 0.917

CRIES - 13

คะแนนสูงสุด = 65

คะแนนต่ำสุด = 0

ค่าคะแนนจุดตัด = 25

มีค่า sensitivity 0.65 specificity 0.6 และ NPV 0.897



FM-OS-17: แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)
ฉบับภาษาไทย



ชื่อ HN NO

ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณา \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< 1 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บางครั้ง (3-4 วัน)	บ่อย ๆ (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองตีพอก กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู				
7. ทุกๆ สิ่งที่ยังนึกจะทำต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่เคยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
รวมคะแนน				

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนนจะไปตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ

ไม่เลย (< 1 วัน)	ให้	0	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ให้	1	คะแนน
บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ให้	2	คะแนน
ตลอดเวลา (5-7 วัน)	ให้	3	คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป



FM-OS-18 : แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ใหม่)
(ST-5)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน	0	หมายถึง	แทบไม่มี
คะแนน	1	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
คะแนน	2	หมายถึง	บ่อยครั้ง
คะแนน	3	หมายถึง	เป็นประจำ

ข้อที่	ในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1.	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2.	มีสมาธิน้อยลง				
3.	หงุดหงิด/กระวนกระวายใจ/ว้าวุ่นใจ				
4.	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5.	ไม่อยากพอสู่คน				

คะแนนรวม

การแปลผล

คะแนน	0-4	เครียดน้อย
คะแนน	5-7	เครียดปานกลาง
คะแนน	8-9	เครียดมาก
คะแนน	10-15	เครียดมากที่สุด



FM-OS-19 : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
(DS8)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือกว่าตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกจริง
ของท่านมากที่สุด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ในช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการและความรู้สึกนึกคิดต่อไปนี้หรือไม่	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน)		
2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก		
3. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ		
4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ		
5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง		
6. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท		
7. รู้สึกสิ้นหวัง เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป		
8. กำลังคิดฆ่าตัวตาย		

การแปลผล

- ถ้าตอบคำถามว่า มี เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน
- คำถามข้อ 1-6 เป็นคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา
- คำถามข้อ 7-8 เป็นคำถามของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือ พบแพทย์เพื่อ การบำบัดรักษา



	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : จำนวน.....หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	ทีมประสานงาน การรักษาพยาบาล (Medical Coordination Team)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)

ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล (Medical Coordination Team) เป็นสมาชิกของส่วนปฏิบัติการ (General Staff) มีหน้าที่รับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP) ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ

1. บทบาทหน้าที่

1. ประสานกับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ให้ปฏิบัติตามแผนฯ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยบริการระบบสื่อสาร ICS
2. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่ที่ประสบภัยไปโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น
3. ประสานทีมจากอำเภอหรือจังหวัดพื้นที่อื่นในการเข้าช่วยเหลือและปฏิบัติการในพื้นที่ที่ประสบภัย

2. ผู้บังคับบัญชา : Operation Section Chief

3. ผู้ใต้บังคับบัญชา : สมาชิกในทีมประสานงานการรักษาพยาบาล

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-02 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief)
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยู โทรศัพท์ การร่วมประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	ICS 204, ICS205, ICS 206, ICS 214, ICS 215 Checklist FM-OS-03 WI-OS-04 WI-OS-05 WI-OS-06 WI-OS-08 WI-OS-09 WI-OS-10 WI-OS-11
ความถี่ในการรายงาน	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้นๆ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)

7. แผนระดมทรัพยากร

- 7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม
- 7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

- 8.1 กำหนดให้ทีมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ Safety Officer อย่างเคร่งครัด
- 8.2 ระมัดระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณะ



FM-OS-02 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล
(Medical Coordination Team)

เหตุการณ์ สถานที่
 วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้ถือเป็นการประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง

ภารกิจ/กิจกรรม

- รับคำสั่งจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการเปิดศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
- รายงานตัวต่อ หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงานพร้อมวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ร่วมกับส่วนวางแผน
- ตรวจสอบความพร้อมของชุดปฏิบัติการ และข้อจำกัดในการปฏิบัติ ทรัพยากรที่ ต้องการสนับสนุนในพื้นที่เกิดเหตุ / ภาพรวมทั้งจังหวัด
- จัดทำแผนดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (IAP)
- สั่งปฏิบัติการตามแผนฯ (โดยประสานสั่งการกับชุดปฏิบัติการ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยสื่อสาร ICS
- บันทึกการปฏิบัติ (ฟอร์ม ICS 204, IC206, ICS 214, ICS 215 และ Check List ของทีมปฏิบัติการรักษา)
- พิจารณากำหนดแผนปฏิบัติการสำหรับให้กับทีมปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่องภายใต้การสั่งการของศูนย์ ICS (โดยประเมินตามระดับความรุนแรงสาธารณสุข)
- ประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง/พิจารณาการยกเลิก/ถอนกำลัง
- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ



FM-OS-03 : แบบสำรวจจำนวนเตียงว่าง ของโรงพยาบาล
ในจังหวัด และในเขต

โรงพยาบาล	เบอร์โทร	ระดับ	จำนวนแพทย์เฉพาะทาง	จำนวนเตียง	จำนวนเตียงว่าง
โรงพยาบาล (ในจังหวัด)		S			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		M			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F1			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F1			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F1			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F1			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F1			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		F2			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล (ในเขต)		A			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล		S			<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล					<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล					<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล					<input type="checkbox"/>
โรงพยาบาล (เอกชน)					<input type="checkbox"/>



WI-OS-04 : รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน ทีม EMS
จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
1.		นักชำนาญการ	สสจ.....		
2.		พยาบาลวิชาชีพ	สสจ.....		
3.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
4.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
5.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
6.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
7.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
8.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
9.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
12.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		
13.		พยาบาลวิชาชีพ	รพ.....		



WI-OS-05 : รายชื่อแพทย์เฉพาะทาง
จังหวัด.....



ลำดับ	สาขา	รพ.....		รพ.ศูนย์.....	
		ชื่อ-สกุล	โทรศัพท์	ชื่อ-สกุล	โทรศัพท์
1.	ศัลยศาสตร์				
2.	ออร์โธปิดิกส์				
3.	อายุรศาสตร์				
4.	สูติ-นรีเวช				
5.	กุมารเวชศาสตร์				
6.	จักษุวิทยา				
7.	รังสีวิทยาทั่วไป				
8.	วิสัญญีวิทยา				
9.	ศัลยกรรมสาขา ทางเดินปัสสาวะ				
10.	โสต คอ นสิก				
11.	จิตเวชศาสตร์				



WI-OS-06 : รายชื่อเจ้าหน้าที่ ทีม MERT หรือ DMAT
จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
ทีมที่ 1					
1.		นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.....		
2.		นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.....		
3.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
4.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
5.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
6.		เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
7.		เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
8.		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
9.		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
10.		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	กู้ภัย.....		
11.		อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย	กู้ภัย.....		
12.		เภสัชกรชำนาญการ	สสจ.....		
13.		เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม	สสจ.....		
14.		พนักงานขับเครื่องจักรกลา	สนง.ปภ.....		
15.		เจ้าหน้าที่สื่อสาร	สสจ.พังงา		
16.		นักวิชาการสาธารณสุข	สสจ.พังงา		
ทีมที่ 2					
1.		นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.....		
2.		นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.....		
3.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
4.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
5.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
6.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
7.		เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
8.		เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
9.		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
10.		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	กู้ภัย.....		
11.		อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย	กู้ภัย.....		
12.		เภสัชกรชำนาญการ	สสจ.พังงา		
13.		นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.พังงา		
14.		พนักงานขับเครื่องจักรกลา	สนง.ปภ.....		
15.		พนักงานป้องกันและบรรเทา	สนง.ปภ.....		
16.		อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย	กู้ภัยบางไทร		



WI-OS-07 : ผู้ประสานตาม Service Plan Trauma และ Refer
ของเขตบริการสุขภาพที่.....

จังหวัด	ชื่อ - สกุล	โทรศัพท์	E - mail
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	คุณ..... (SP trauma) คุณ..... (Refer) นพ.....		



WI-OS-08 : รายชื่อเจ้าหน้าที่ทีม Mini MERT
จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์	E-mail
	อำเภอ.....			
1.	นพ.....	นายแพทย์ชำนาญการ		
2.	นาง.....	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3.	นาย.....	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		
4.	นาย.....	อาสาสมัครกู้ภัย		
5.	นาย.....	พนักงานขับรถ		
	อำเภอ.....			
1.		นายแพทย์ปฏิบัติการ		
2.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
4.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
5.		พนักงานแปล		
6.		พนักงานขับรถยนต์		
7.		อาสาสมัครกู้ภัย		
	อำเภอ.....			
1.		แพทย์ปฏิบัติการ		
2.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
4.		เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน		
5.		เจ้าหน้าที่เวรแปล		
6.		พนักงานขับรถ		
	อำเภอ.....			
1.		นายแพทย์ชำนาญการ		
2.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3.		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
4.		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
5.		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
6.		พนักงานขับรถ		



WI-OS-09 : รายชื่อทีมอาสาสมัครกู้ชีพ
จังหวัด.....

ลำดับ	โรงพยาบาล	หน่วยกู้ชีพ	เบอร์โทรศัพท์	E-mail
1.	โรงพยาบาล.....	กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
2.	โรงพยาบาล.....	กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
3.	โรงพยาบาล.....	กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



WI-OS-10 : เครือข่ายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน	
หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์
สายด่วนนิรภัย (ปภ.)	1784
ศูนย์ดำรงธรรม	1567
ศูนย์ปลอดภัยคมนาคม	1356
กรมอุตุนิยมวิทยา	1182
ศูนย์วิทยุสื่อสาร สำนักป้องกันและบรรเทา	199
กรมควบคุมมลพิษ	1650, 0-2298-2404-7
สายด่วนบริการข้อมูลสารเคมี	1564
ส่วนควบคุมไฟฟ้า	1362
ศูนย์ประสานงานฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง	0-2226-4444
ศูนย์รับแจ้งเด็กหาย	0-2282-1815
สถานีวิทยุ สวพ.91	1644
สายด่วนผู้บริโภค อย.	1556
Hot - Line คลายเครียด (กรมสุขภาพจิต)	1667
Health - Line สายด่วนเพื่อสุขภาพ	0-2714-3333
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศูนย์นเรนทร)	1669
ศูนย์ส่งกลับฯ และรถพยาบาลตำรวจ	1691, 0-2255-1134-6
แจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย	191
ตำรวจท่องเที่ยว	1155
ศูนย์ควบคุมการจราจร	1197
กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน	1190
ร่วมด้วยช่วยกัน	1677
จส. 100	1137, 0-2711-9151-8
ศูนย์วิทยุสื่อสาร สภากาชาดไทย	0-2251-7853-6 ต่อ 2209, 2210
ศูนย์ปฏิบัติการธรณีพิบัติภัย	0-2621-9701-5
ชลประทาน บริการประชาชน	1460



WI-OS-10 : เครือข่ายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
จังหวัด.....



ลำดับ	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	วิทยุสื่อสาร	
				ความถี่	นามเรียกขาน
1.	สำนักงาน ปภ.จังหวัด			150.150	
2.	กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด			152.900	
3.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.700	
4.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
5.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.700	
6.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
7.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
8.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
9.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
10.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.900	
11.	ที่ทำการปกครองจังหวัด				
12.	ที่ทำการปกครองอำเภอเมือง			162.125	
13.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
14.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
15.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
16.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
17.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
18.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
19.	ที่ทำการปกครองอำเภอ.....			162.125	
20.	สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด				
21.	สถานีวิทยุกระจายเสียงจังหวัด.....				
22.	สถานีวิทยุกระจายเสียง อสมท.				
23.	องค์การบริหารส่วนจังหวัด.....				
24.	ตำรวจทางหลวง				



	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : จำนวน.....หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :
	ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ (Medical Operation section)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)

ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ (Medical Operation section) เป็นสมาชิกของส่วนปฏิบัติการ (Operation Section) มีหน้าที่รับผิดชอบ ต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP)

1. บทบาทหน้าที่

1. ทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน
2. รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
3. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
5. จัดทีมปฏิบัติการด้านรักษาพยาบาลพร้อมออกปฏิบัติการ ในพื้นที่เกิดเหตุการณ์
6. จัดบริการในสถานบริการ รวมทั้งการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยวิกฤต
7. การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่หน่วยอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้คำสั่งการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
8. รับผิดชอบการปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่ที่ประสบภัย มีงานหลัก 5 งาน เลือกใช้ตามความเหมาะสมของภัย คือ
 - 8.1 ใน รพ.- งานรับอุบัติเหตุภัยหมู่ตามแผนปฏิบัติการของ รพ. งานเพิ่มศักยภาพ รพ. เพื่อรองรับผู้ป่วย จำนวนมาก (Hospital MCI Team)
 - 8.2 ใน รพ.- งานอพยพออกจากกรพ (Hospital evacuation)
 - 8.3 นอก รพ.- งานตั้งรพ.สนาม (Field hospital)
 - 8.4 นอก รพ.- งานอพยพจากพื้นที่ประสบภัย (Field evacuation)
 - 8.5 นอก รพ.- งานรักษาตามบ้าน/ศูนย์อพยพฯ (Field treatment)

2. ผู้บังคับบัญชา : หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief : OSC)
3. ผู้ใต้บังคับบัญชา : ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ระดับอำเภอ และตำบล
4. วิธีการปฏิบัติ
 - 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
 - 4.2 FM-OS-02 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	Operation Section Chief
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยู โทรศัพท์ การร่วมประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	ICS 204, 205 Checklist FM-OS-23, 24, 25
ความถี่ในการรายงาน	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้นๆ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

ทำเนียบรายชื่อหน่วยงานหรือทีมที่ต้องติดต่อ โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตามแบบฟอร์ม ICS 205)

7. แผนระดมทรัพยากร

ประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการร้องขอทรัพยากรสนับสนุนผ่านทีมประสานงานการรักษาพยาบาล



FM-OS-23 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ (Operation section)

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นภาระประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง

ภารกิจ/กิจกรรม

- รับคำสั่งจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการเปิดศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
- รายงานตัวต่อ หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงาน
- รับฟังการสรุปงานจาก หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงาน (ตามภารกิจการมอบหมายทีมปฏิบัติตามระดับความรุนแรง ผู้รับผิดชอบ หมายเลขติดต่อ)
- ประสานงานทีมที่ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต ผู้ได้รับผลกระทบโดยประเมินตามระดับความรุนแรงตามสาธารณสุข
- วางแผน Incident action plan ร่วมกับทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ประชุมสรุปสถานการณ์ร่วมกับหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
- ประเมินสถานการณ์ความพร้อม และทบทวนแนวทางปฏิบัติการ
- อำนวยความสะดวกการปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิภาพของเจ้าหน้าที่
- ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ประเมินทรัพยากร/บุคลากร และให้คำแนะนำในการนำทรัพยากรและบุคลากรในการออกปฏิบัติงาน
- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
- จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน (ฟอร์ม.....)



FM-OS-24 : แบบรายงานการติดตามสถานการณ์
ทีมปฏิบัติการรักษาพยาบาลในพื้นที่

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อ หรือประเด็น	ข้อสรุป
1. สรุปสถานการณ์และผลกระทบ เน้นผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และ ผู้ได้รับผลกระทบ	ผู้ป่วยสีแดง จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีเหลือง จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีเขียว จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีดำ (เสียชีวิต) จำนวน.....คน พร้อม รายละเอียดผู้ป่วย ตามเอกสารแนบท้าย
2. หน่วยปฏิบัติงานฉุกเฉิน ด้านการแพทย์	หน่วย ALS..... ทีม ได้แก่ หน่วย BLS..... ทีม ได้แก่ หน่วย FR..... ทีม ได้แก่ อื่นๆ.....
3. ทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุน	วัสดุ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (เพิ่มเติม) 1 2 หน่วยกู้ชีพ (เพิ่มเติม)..... 1. หน่วย ALS..... ทีม ได้แก่ 2. หน่วย BLS..... ทีม ได้แก่ 3. หน่วย FR..... ทีม ได้แก่ 4. อื่นๆ..... การลำเลียงผู้ป่วย 1. ทางบก (รถพยาบาล).....คน.....คัน 2. ทางอากาศ (เฮลิคอปเตอร์/เครื่องบิน).....คน.....ลำ 3. ทางน้ำ (เรือ).....คน.....ลำ
4. ระบบ ช่องทางการติดต่อสื่อสาร กับพื้นที่	วิทยุช่องความถี่..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรสาร..... อื่นๆ.....
5. แผนปฏิบัติการในระยะ 24 ชั่วโมงแรก
6. แผนปฏิบัติการหลัง 24 ชั่วโมง

ผู้สรุปรายงาน
(.....)
ตำแหน่ง.....



สรุปรายละเอียดสถานการณ์ ผู้บาดเจ็บ (admit / Refer) และ ผู้เสียชีวิต
วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ประเภทผู้ป่วย			การวินิจฉัยโรค	Admit	Refer	ผลการรักษา/อาการ
				สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว (เสียชีวิต)				
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										



FM-OS-25 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
การจัดเตรียมเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จำเป็น
สำหรับการปฏิบัติการกิจของชุด MERT/DMAT

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

- รถพยาบาลฉุกเฉิน อุปกรณ์ช่วยชีวิต รายการเวชภัณฑ์ในรถพยาบาลฉุกเฉิน
 - รถพยาบาลฉุกเฉินที่ใช้ในการปฏิบัติการกิจภาคสนาม (Medical Emergency Response Ambulance)
 - 1.1.1 อุปกรณ์ช่วยชีวิต ในรถพยาบาลฉุกเฉิน 1 คัน มีดังนี้

ลำดับ	อุปกรณ์ช่วยชีวิต	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
1.	Automated External Defibrillator	1	เครื่อง	
2.	Mobril Respirator (เครื่องช่วยหายใจชนิดพกพา)	1	เครื่อง	
3.	เครื่อง Mobile Suction	1	เครื่อง	
4.	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ Digital พร้อมหูฟัง 1 อัน	1	เครื่อง	
5.	กระเป๋าสีใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	1	ใบ	
6.	กระเป๋ายา	1	ใบ	
7.	Ambu bag	1	ชุด	
8.	เปลดัก	1	ชุด	
9.	O2 Tank with pipe ของรถ พร้อมชุดอุปกรณ์ที่ให้ออกซิเจน	2	แท่งค์	
10.	O2 Tank สำรองพร้อม Regulator (สำหรับส่งต่อผู้ป่วย)	1	แท่งค์	
11.	ไม้กระดานรองหลัง (Spinal Board)	1	แผ่น	
12.	Set ทำคลอด และลูกสูบยาง	2	ชุด	
13.	ชุดอุปกรณ์เย็บแผล / ชุดอุปกรณ์ในการทำแผล อย่างน้อย	10	ชุด	
14.	IV Set พร้อมอุปกรณ์ในการฉีดยา อย่างน้อย	20	ชุด	
15.	ไม้ Splint แขน ขา อย่างละ	2	อัน	
16.	Hard Collar ขนาดต่างๆ ชนิดปรับได้	10	ชุด	
17.	Laryngoscope พร้อม Blade	1	ชุด	
18.	Endotracheal Tube (จำนวน NO.8 (2), 7.5 (4), 6 (1), 5.5 (1), 5 (1), 3 (1), 2.5 (1) อย่างละ	1	ชุด	



ลำดับ	อุปกรณ์ช่วยชีวิต	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
19.	Mouth gag ขนาด #2, #3, #4 อย่างละ	5	อัน	
20.	Macgil's forceps	2	อัน	
21.	Hand wash	1	ชุด	
22.	อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment) เช่น Mask, goggles, ผ้ากันเปื้อน, รองเท้าบูธ	ตามจำนวนคน		
23.	ถุงมือ Sterile และ ถุงมือ Disposable ขนาดต่างๆ อย่างน้อย	1	กล่อง	
24.	ป้ายข้อมือขัดแยกผู้ป่วย สีต่างๆ (แดง, เหลือง, เขียว, น้ำเงิน)	200	ป้าย	
25.	สายเทปสำหรับกันเขตปฏิบัติงาน	2	ม้วน	
26.	แชมรูโป้โต หรือ ภาชนะ สำหรับรองรับสิ่งคัดหลั่งตามความเหมาะสม	1	ใบ	
27.	Oximeter	1	เครื่อง	
28.	Glucometer & Strip	1	เครื่อง	
29.	ถุงขยะติดเชื้อ	5	ใบ	
30.	ผ้ายางปูเตียง	5	ผืน	

1.1.2. รายการเวชภัณฑ์ประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน

ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
1.	Adrenaline 1:1,000	10	Amps	
2.	NaHCO ₃ (50 cc.)	10	Amps	
3.	10 % Calcium gluconate (10 cc.)	2	Amps	
4.	Dexamethasone	5	Amps	
5.	Diazepam (10 mg)	5	Amps	
6.	50% Glucose (50 cc.)	5	Amps	
7.	Morphine และ pethidine อย่างละ	2	Amps	
8.	Atropine	10	Amps	
9.	Cordarone	5	Amps	
10.	Buscopan	5	Amps	
11.	Isodril (5 mg) sublingual	20	Tab	

ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
12.	ASA (gr 5)	10	Tab	
13.	Nitroderm	10	แผ่น	
14.	Isomack spray (กรณี Ischemic Heart Disease)	1	ขวด	
15.	0.9% NSS 1,000 cc	10	ถุง	
16.	RLS 1,000 cc	20	ขวด	
17.	2 % Xylocaine gel	1	หลอด	
18.			
19.			

2. อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการกิจ

2.1. เต้นท์ประจำการของชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ (การคัดแยก ส่งต่อและดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น)

2.2. เวชภัณฑ์ในกระเป๋ายา


ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
1.	Buscopan*	100	เม็ด	
2.	Dramamine*	100	เม็ด	
3.	ORS 50 ซอง*	1	กล่อง	
4.	Paracetamol 500 mg*	1000	เม็ด	
5.	CPM*	100	เม็ด	
6.	ผ้าพันแผล, Gauze bandage, Elastic bandage	20	ชุด	
7.	สำลี และ Gauze sterile อย่างละ	10	ซอง	
8.	พลาสติกเตอร์	2	ม้วน	
9.	ไม้พันสำลี (5 ไม้)	10	ซอง	
10.	Alcohol 70% 500 cc	10	ขวด	
11.	Betadine solution 15 cc	12	ขวด	
12.	Hibiscrub 500 cc	1	ขวด	
13.	NSS สำหรับล้างแผล 1,000 cc	10	ขวด	
14.	Ammonia 450 cc	1	ขวด	
15.	Balm	50	หลอด	



ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
16.	Whitfield ointment 5 gm	50	ตลับ	
17.	กรรไกร	3	อัน	
18.	ยางรัดแขน	5	เส้น	

3. รายการเวชภัณฑ์สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
1.	Adrenaline 1: 1,000	5	Amps	
2.	NaHCO3 (50 cc.)	2	Amps	
3.	10 % Calcium gluconate (10 cc.)	2	Amps	
4.	Dexamethasone	5	Amps	
5.	Diazepam (10 mg)	5	Amps	
6.	50% Glucose (50 cc.)	3	ขวด	
7.	Morphine, pethidine อย่างละ	2	Amps	
8.	Atropine	5	Amps	
9.	Cordarone	5	Amps	
10.	Buscopan	5	Amps	
11.	Isodril (5 mg) sublingual	20	Tabs	
12.	ASA (gr 5)	10	Tabs	
13.	Nitroderm	10	แผ่น	
14.	Isomack spray (กรณี Ischemic Heart Disease)	1	ขวด	
15.	Immodium	20	Caps	
16.	5% D/ NSS 1,000 cc	2	ขวด	
17.	NSS 1,000 cc	2	ขวด	
18.	RLS, 1,000 cc	2	ขวด	
19.	5% D/ W, 500 cc	1	ขวด	
20.	2% Xylocaine gel	1	หลอด	

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : WP-PS-01 จำนวน.....หน้า ฉบับที่ : แก้ไขครั้งที่ : วันที่บังคับใช้ :
	ส่วนแผนงาน (Planning Section ; PS)	ผู้จัดทำ : (ชื่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ) ผู้ตรวจสอบ : (ชื่อ IC)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การวางแผนปฏิบัติการตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ขอบเขตของงาน

2.1 หัวหน้าส่วนแผนงาน (Planning Section Chief) มีหน้าที่รวบรวม, วิเคราะห์, เผยแพร่ ข้อมูลและข่าวสาร บริหารจัดการกระบวนการวางแผน จัดทำแผนปฏิบัติการของสถานการณ์ (Incident Action Plan) บริหารจัดการผู้เชี่ยวชาญ ทางเทคนิค

2.2 หน่วยข้อมูลทรัพยากรและบริหารกำลังคน (Resources & Human Unit) มีหน้าที่ดำเนินการลงทะเบียน รับรายงานตัว และสนับสนุนการจัดกำลังคนและบริหารจัดการกลุ่มอาสาสมัครให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ ติดตามสถานภาพของทรัพยากรทั้งหมดในสถานการณ์ เตรียมแผนปฏิบัติการในสถานการณ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร

2.3 หน่วยประเมินสถานการณ์ (Situation Unit) มีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารตามสถานการณ์ปัจจุบันนำเสนอสภาพสถานการณ์ และสรุปสถานการณ์ จัดทำแผนที่หลัก และแผนที่ย่อย

2.4 หน่วยจัดทำแผนและเอกสาร (Documentation Unit) มีหน้าที่จัดบริการสำเนาเอกสาร รวมถึงแผนปฏิบัติการ ในสถานการณ์ ติดตาม บันทึก จัดเก็บเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ จัดประชุมและสรุปรายงานการประชุม