



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โทร ๐ ๔๒๕๑ ๒๓๖๒

ที่ นพ ๐๐๒๗.๐๐๓.๓/ ๑๖๘๘๖

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ให้สำรวจและรายงานสถานการณ์การช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบสาธารณภัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ด้วย ในช่วงฤดูฝนของแต่ละปี จะมีร่องความกดดันอากาศต่ำพาดผ่านพื้นที่ จังหวัดนครพนม ก่อให้เกิดอุทกภัยและดินโคลนถล่มขึ้น เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดนครพนม โดยทั่วไปจะอยู่ในช่วง เดือนพฤษภาคมถึงกันยายนของทุกปี ในช่วงนี้หลายพื้นที่จะมีฝนตกชุกและตกติดต่อกันเป็นเวลานาน จนเกิดน้ำไหลป่า มาตามผิวดินเป็นจำนวนมากกว่าปกติ ดังนั้นเมื่อเกิดฝนตกหนักเป็นเวลานานๆ ในแต่ละครั้ง มักเป็นปัญหาทำให้เกิดน้ำท่วมขังและทำความเสียหายแก่พื้นที่ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของจังหวัดนครพนม เพื่อให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ขอให้ท่านสำรวจและรายงานสถานการณ์การช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบสาธารณภัย ของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมโดยสามารถส่งรายงานได้ที่ Email address :EMS NKP @ Hotmail.com โทรสาร(๐๔๒)๕๑๒๓๖๒ โทรศัพท์ (๐๔๒)๕๑๒๓๖๒ มือถือ (๐๘๗)๐๐๓๕๕๕๕ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง หากมีเรื่องเร่งด่วนที่ต้องการประสานขอความช่วยเหลือ และขอให้ส่งรายงานตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ภายในวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นายพีระ อารีรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

แบบรายงานสถานการณ์และการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบสาธารณภัยและอุบัติเหตุ

สถานบริการ.....

1. สถานการณ์ทั่วไป

1.1 พื้นที่และประชาชนที่ได้รับอุบัติเหตุ

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ครอบครัว	ประชาชน	ระดับความรุนแรง

1.2 สถานบริการและสาธารณูปโภคที่ได้รับความเสียหาย / ผลกระทบ

ชื่อสถานบริการและสาธารณูปโภคที่ได้รับความเสียหาย	อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน	ประมาณความเสียหาย	รายละเอียด

1.3 ประชาชนได้รับผลกระทบ

	รวม	หมายเหตุ	รวม
1. เสียชีวิต	ราย		
2. บาดเจ็บ			
- สาหัส	ราย		
- เล็กน้อย	ราย		
3. ป่วยด้วยโรค			

-	ราย			
-	ราย			
-	ราย			
-	ราย			
-	ราย			

2. การดำเนินงานช่วยเหลือประชาชน

2.1 การให้บริการรักษาพยาบาล

3.1.1 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

วัน/เดือน/ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	บริการสุขศึกษา (ราย)	หมายเหตุ

3.2 การบริการสุขภาพและป้องกันโรค

วัน/เดือน/ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน	ลักษณะบริการและปริมาณผลงาน

3.3 บริการอื่นๆ

.....

.....

3. การขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

รายการ	จำนวน	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....