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

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ปฏิบัติการตอบโต้สาธารณสุข เกี่ยวกับด้านรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต อนามัยสิ่งแวดล้อม และการประสานงานการรักษาพยาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขอบเขตของงาน

- 2.1 ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล จัดระบบการประสานสั่งการกับทีมปฏิบัติการต่างๆในพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ ประสานฝ่ายสนับสนุน ในการจัดระบบสื่อสารประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการนอกพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 2.2 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ตรวจจับการระบาดของโรคสอบสวนหาสาเหตุ ปัจจัยของการระบาดได้อย่างถูกต้อง ทันท่วงที ควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีมีการจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราว และบริหารจัดการในระดับจังหวัด
- 2.3 ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต จัดทีมดำเนินการ วางแผนช่วยเหลือ เยียวยา ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทางด้านจิตใจ การเฝ้าระวังภาวะเครียดของผู้ประสบภัย และทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามระยะ และเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายในรายที่มีอาการรุนแรง
- 2.4 ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม จัดทีมดำเนินการประเมินด้านสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยด้านอาหาร น้ำขยะ และพาหะนำโรค ในพื้นที่เกิดสาธารณสุข
- 2.5 ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ จัดทีมปฏิบัติการด้านรักษาพยาบาลพร้อมออกปฏิบัติการ ในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ จัดบริการในสถานบริการ รวมทั้งการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยวิกฤต การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการแพทย์ แก่หน่วยอื่นตามที่รับมอบหมาย ภายใต้การสั่งการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์

3. ผู้รับผิดชอบ

บทบาทตามโครงสร้าง ICS	ผู้รับผิดชอบ
หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล	หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉิน/หัวหน้าศูนย์สั่งการ
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)	ผู้รับผิดชอบงาน SRRT

ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)	ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต
ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม	หัวหน้างานอนามัยสิ่งแวดล้อม
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่

หมายเหตุ : การกำหนดชื่อของผู้รับผิดชอบให้ปรับตามโครงสร้างของแต่ละหน่วยงาน

4. เครื่องมือและอุปกรณ์

4.1 ทีมประสานงานการรักษาพยาบาล

1. ทะเบียนรายชื่อโรงพยาบาล และจำนวนเตียง
2. ข้อมูลทรัพยากร หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์

4.2 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

1. ชุดป้องกันตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE
2. อุปกรณ์เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย ตามลักษณะโรคและภัยที่ระบาดหรือคาดว่าจะระบาด ที่ต้องไปดำเนินการสอบสวน

4.3 ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)

1. ทะเบียนรายชื่อฐานข้อมูล ผู้ป่วยจิตเวช

4.4 ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม

1. ชุดตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร (SI-2)
2. ชุดตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ (อ 11)
3. ชุดตรวจหาปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ 31)
4. ชุดอุปกรณ์เก็บตัวอย่างอาหารและน้ำ
5. คลอรีน สารส้มและปูนขาว

4.5 ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่

1. ข้อมูลทรัพยากร หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น ทีม Mini MERT ทีมDMAT ทีม MERT หน่วยสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น
2. ชุดอุปกรณ์กู้ชีพ

5. รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง
รับคำสั่ง จากผู้บัญชาการเหตุการณ์มอบหมายผู้ประสานทีมปฏิบัติการรักษาพยาบาล	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	- ICS 204
รับคำสั่งมอบหมายงานจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการพร้อมวิเคราะห์ข้อมูล+สถานการณ์ร่วมกับส่วนวางแผน(โดยประเมินตามระดับความรุนแรง สาธารณภัย)	หัวหน้าทีมประสานงานการรักษาพยาบาล	ศูนย์ ICS	- ICS 204 - ICS 205 - ICS 214 - WI-OS1-01

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน	อุปกรณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง
ตรวจสอบความพร้อมของชุดปฏิบัติการ และ ข้อจำกัดในการปฏิบัติทรัพยากรที่ต้องการ สนับสนุนในพื้นที่เกิดเหตุ / ภาพจังหวัด -จัดทำแผนดำเนินงาน ภายใต้ IAP	หัวหน้าทีม ปฏิบัติการด้าน การแพทย์ในพื้นที่	-ศูนย์รับแจ้ง เหตุฯ - ทีมหน่วย ปฏิบัติการ พื้นที่เกิดเหตุ	- ICS 206 - ICS 215
ประสานกับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ให้ปฏิบัติตามแผนฯ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยบริการ ระบบสื่อสาร ICS บันทึกการปฏิบัติ (ตาม แบบฟอร์ม)	หัวหน้าทีม ประสานงานการ รักษาพยาบาล	-ศูนย์รับแจ้ง เหตุฯ หรือ หน่วยบริการ ระบบสื่อสาร ICS	- ICS 206 - ICS 214 - ICS 215 -แบบ check List
แจ้งสรุปสถานการณ์และขั้นตอนการดำเนินการ กับทีม ICS	หัวหน้าส่วน ปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	-แบบรายงานติดตาม สถานการณ์
พิจารณากำหนดแผนปฏิบัติการสำหรับให้กับทีม ปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสั่ง การของศูนย์ ICS (โดยประเมินตามระดับ ความรุนแรงสาธารณสุข)	หัวหน้าส่วน ปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	-ICS 204 /205 /206 - ICS 214 /215 -WI-OS1-01
รายงานความคืบหน้าให้แก่ IC อย่างสม่ำเสมอ หรือ ตามที่ได้มีการกำหนดไว้	หัวหน้าส่วน ปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	-แบบรายงานติดตาม สถานการณ์
ประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง/พิจารณาการ ยกเลิก/ถอนกำลังทีมปฏิบัติการ	หัวหน้าส่วน ปฏิบัติการ	ศูนย์ ICS	-แบบรายงานติดตาม สถานการณ์

6. เอกสารอ้างอิงและที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 แบบICS 204 : การมอบหมายงาน
- 6.2 แบบICS 205 : Radio Communication Plan: แผนการติดต่อสื่อสาร
- 6.3 แบบICS 206 : แผนด้านการแพทย์
- 6.4 แบบICS 214 : แบบบันทึกการปฏิบัติงาน
- 6.5 แบบ ICS 215 : แผนการดำเนินงาน
- 6.6 แบบ WI-CS-04 : แผนการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามระดับความรุนแรงของ
สาธารณสุขจังหวัด.....
- 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)

2. ผู้บังคับบัญชา

Incident Commander

3. ผู้ใต้บังคับบัญชา :

1. ทีมประสานงานรักษาพยาบาล
2. ทีมเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
3. ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)
4. ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม
5. ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์

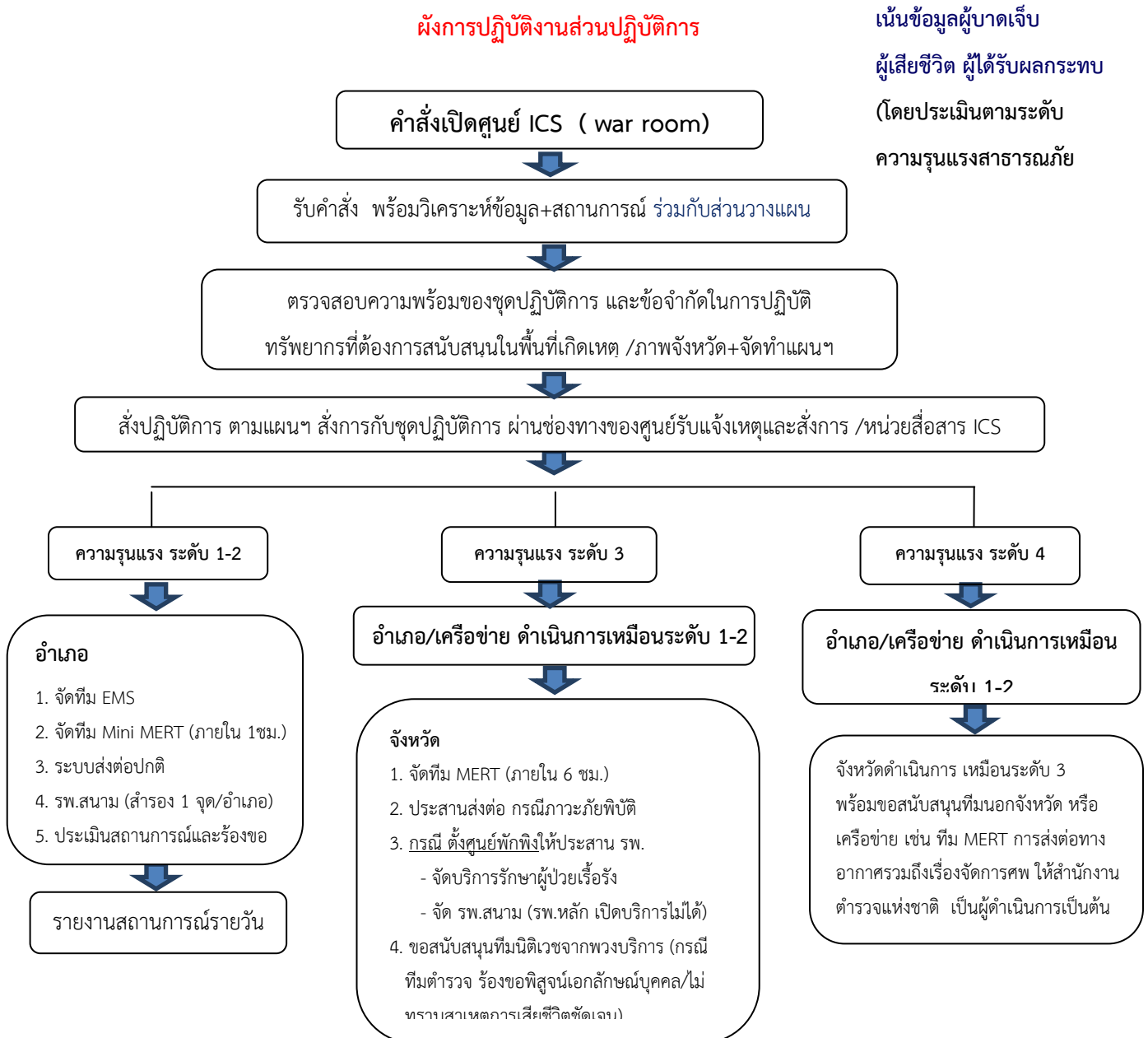
หน่วย	หน้าที่
ทีมประสานงานรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานกับทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ ให้ปฏิบัติตามแผนฯ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยบริการระบบสื่อสาร ICS บันทึกการปฏิบัติ (ตามแบบฟอร์ม) 2. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่ที่ประสบภัยไปโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น 3. ประสานทีมจากอำเภอหรือจังหวัดพื้นที่อื่นในการเข้าช่วยเหลือและปฏิบัติการในพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมโรค ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่างๆตามที่ได้รับภารกิจจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านจิตเวชของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านจิตเวช ให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่าง ๆ ตามที่ได้รับภารกิจจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ที่ประสบภัย 2. ทำแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้แก่พื้นที่ที่ประสบภัย 3. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ, ทีมงาน, อุปกรณ์ต่าง ๆ ตามที่ได้รับภารกิจจากพื้นที่ที่ประสบภัย
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับผิดชอบการปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่ที่ประสบภัย มีงานหลัก 5 งาน เลือกใช้ตามความเหมาะสมของภัย คือ <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)

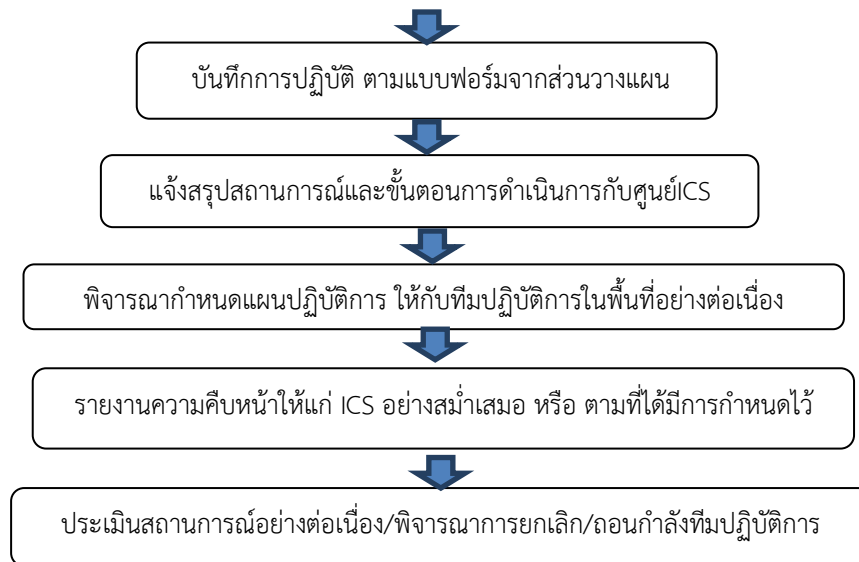
	<p>1.4 นอก รพ.-งานอพยพจากพื้นที่ที่ประสบภัย (Field evacuation)</p> <p>1.5 นอก รพ.-งานรักษาตามบ้าน/ศูนย์อพยพฯ (Field treatment)</p> <p>2.กรณีที่มีพื้นที่ที่ประสบภัยเพียงพื้นที่เดียวหัวหน้าหน่วยนี้อาจเป็น IC ของพื้นที่นั่นเอง หรือเป็นบุคคลากรในระดับสูงกว่าที่มีหน้าที่สั่งการ IC พื้นที่ที่ประสบภัย</p> <p>3.กรณีที่มีพื้นที่ที่ประสบภัยหลายพื้นที่หัวหน้าหน่วยนี้จะเป็นบุคคลากรในระดับที่สูงกว่าที่มีหน้าที่สั่งการ IC ทุกพื้นที่ที่ประสบภัย</p>
--	---

4. วิธีการปฏิบัติ: ปฏิบัติตาม

4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข

4.2 FM-OS-02 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)





เข้าสู่ระบบปกติ

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	ขึ้นกับการกำหนดรอบการปฏิบัติการกิจครั้งนั้น ๆ

6. แผนสื่อสารประสานงาน

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 ระมัดระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณะ



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

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นภาระประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำ
ต่อเนื่อง 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 แก่ทีมที่ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการโดยโครงสร้างภายใต้บังคับบัญชาได้แก่
 - หัวหน้าสาขา
 - หัวหน้าพื้นที่หรือกลุ่ม
 - หัวหน้าหน่วย
 - หัวหน้าทีมปฏิบัติงาน
- วางแผน IAP ร่วมกับทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ประชุมสรุปรายงานการดำเนินงานร่วมกับหัวหน้าทีมทุกทีม

- เตรียมแผนปฏิบัติการของฝ่ายภายใต้แผน IAP
 - ประเมินสถานการณ์ และทบทวนแนวทางปฏิบัติการ
 - ประเมินทรัพยากรที่มีและที่สามารถหาได้
 - คาดหมายสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น สภาพอากาศ โอกาสที่จะเกิด
 - ประเมินระบบการสื่อสาร
 - ประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
 - ประเมินค่าใช้จ่ายคร่าวๆและทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้
 - มอบหมายทรัพยากรที่ต้องใช้กับทีมระดับต่างๆ
- สรุปรายงานของทีมปฏิบัติงานเข้าในส่วนหนึ่งของ IAP
- สรุปรายงานให้ทีม/หน่วยปฏิบัติงานทราบ และมอบ IAP ให้ทีมงาน
- แจ้งหน่วยทรัพยากรให้ทราบถึงทีม/หน่วยที่ถูกส่งออกไปปฏิบัติการกิจในพื้นที่
- จัดระบบรายงานความต้องการทรัพยากรเข้าใน IAP
- แจ้งรายงานสถานการณ์เป็นระยะๆ ให้ทีม/หน่วยงานในความรับผิดชอบ
- อำนวยความสะดวกการปฏิบัติการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่
 - ติดต่อทีม/หน่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความก้าวหน้าของงาน การปรับแผน การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์จากหน่วยประเมิน
 - ร่วมวางแผนแก้ไขเหตุการณ์ที่ยังไม่เรียบร้อย
 - ปรับแผน IAP และแจ้งทีมบริหาร
- การบริหารจัดการจุดระดมพล (Staging Area)
 - กำหนดพื้นที่
 - ประเมินทรัพยากรที่ต้องใช้
 - ประเมินระยะเวลาการปฏิบัติงานเพื่อการสนับสนุนทรัพยากรต่อเนื่อง เช่น น้ำมัน อาหาร สุขภาพ
- เตรียมทีม/หน่วยปฏิบัติงาน
 - รวมและจัดกลุ่มทีมงานจากทรัพยากรเดี่ยว/หน่วย/ทีม โดยประเมินจากความเชี่ยวชาญ สาขา การกิจ
 - แต่งตั้งหัวหน้าทีม
 - มอบหมายภารกิจ
 - ส่งมอบทรัพยากรที่ต้องใช้ และระบบรายงานสถานการณ์และความต้องการสนับสนุนต่อเนื่อง
 - จัดระบบติดต่อสื่อสาร
- บริหารการปรับกำลังทีมใหม่/ถอนกำลัง
 - เมื่อต้องการใช้ทีมงานลดลง หรือต้องการผู้ปฏิบัติงานในทีมสำหรับภารกิจพิเศษ โดยให้ปรับทรัพยากรที่ใช้ในภารกิจไปพร้อมกัน
 - กรณีถอนกำลังให้แจ้งล่วงหน้าให้มากที่สุดก่อนมีการถอนกำลัง

- ประเมินความต้องการทรัพยากร/บุคลากร
 - ประเมินความก้าวหน้าของปฏิบัติการและสถานการณ์ล่าสุด
 - รับรายงานจากทีม/หน่วย
 - ความพอเพียงของทีมงาน ทรัพยากรชนิดและปริมาณที่ต้องการ
 - เวลาและสถานที่จัดส่ง
 - อำนวยการและติดต่อสื่อสารการสนับสนุน
- แจ้งแผนการสนับสนุนทรัพยากร/บุคลากรต่อฝ่ายบูรณาการสนับสนุน
 - ประเมินความต้องการทรัพยากร จากสถานการณ์การคาดการณ์การทรัพยากรที่ต้องใช้
 - แจ้งแผนปฏิบัติการการนำทรัพยากรและบุคลากรในการออกปฏิบัติงาน
- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
 - รายละเอียด/ชนิดของเหตุการณ์
 - พื้นที่/ตำแหน่ง
 - ขนาดความรุนแรง
 - ผู้ได้รับผลกระทบ (ไม่ควรแจ้งชื่อทางวิทยุ)
 - การปฏิบัติการที่ทำไปแล้ว
 - ความต้องการสนับสนุน
 - บันทึกแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร
- จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน (ICS Form-214)

	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน(Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....</p>	<p>รหัส : จำนวน หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :</p>
<p>ทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว (SRRT)</p>	<p>ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)</p>	<p>ผู้อนุมัติ : (.....) (หัวหน้าหน่วยงาน ; นพ.สสจ./ผอ.รพ)</p>

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) เป็นสมาชิกของส่วนปฏิบัติการ (Operation Section) มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการปฏิบัติการในภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief) ดำเนินการตาม Incident Action Plan (IAP)

1. บทบาทหน้าที่

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีหน้าที่ดังนี้

1. ทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน
2. รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
3. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
5. รับฟังการสรุปงานจากหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
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 อุปกรณ์ต่างๆตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
13. บริหารจัดการในระดับจังหวัด อำนวยการด้านการปฏิบัติการให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิการของเจ้าหน้าที่
14. ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
15. รายงานสถานการณ์ด้านการปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
16. จัดทำบันทึกของการทำงาน

2. ผู้บังคับบัญชา :

Operation Section Chief

3. ผู้ได้บังคับบัญชา:

ทีม SRRT ระดับอำเภอ และตำบล

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 วิทยุ 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 ทำเนียบรายชื่อทีม SRRT หรือทีมที่ต้องติดต่อ โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสาร ที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน

7. แผนระดมทรัพยากร

7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม

7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

8.1 กำหนดให้ทีมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของ Safety Officer อย่างเคร่งครัด

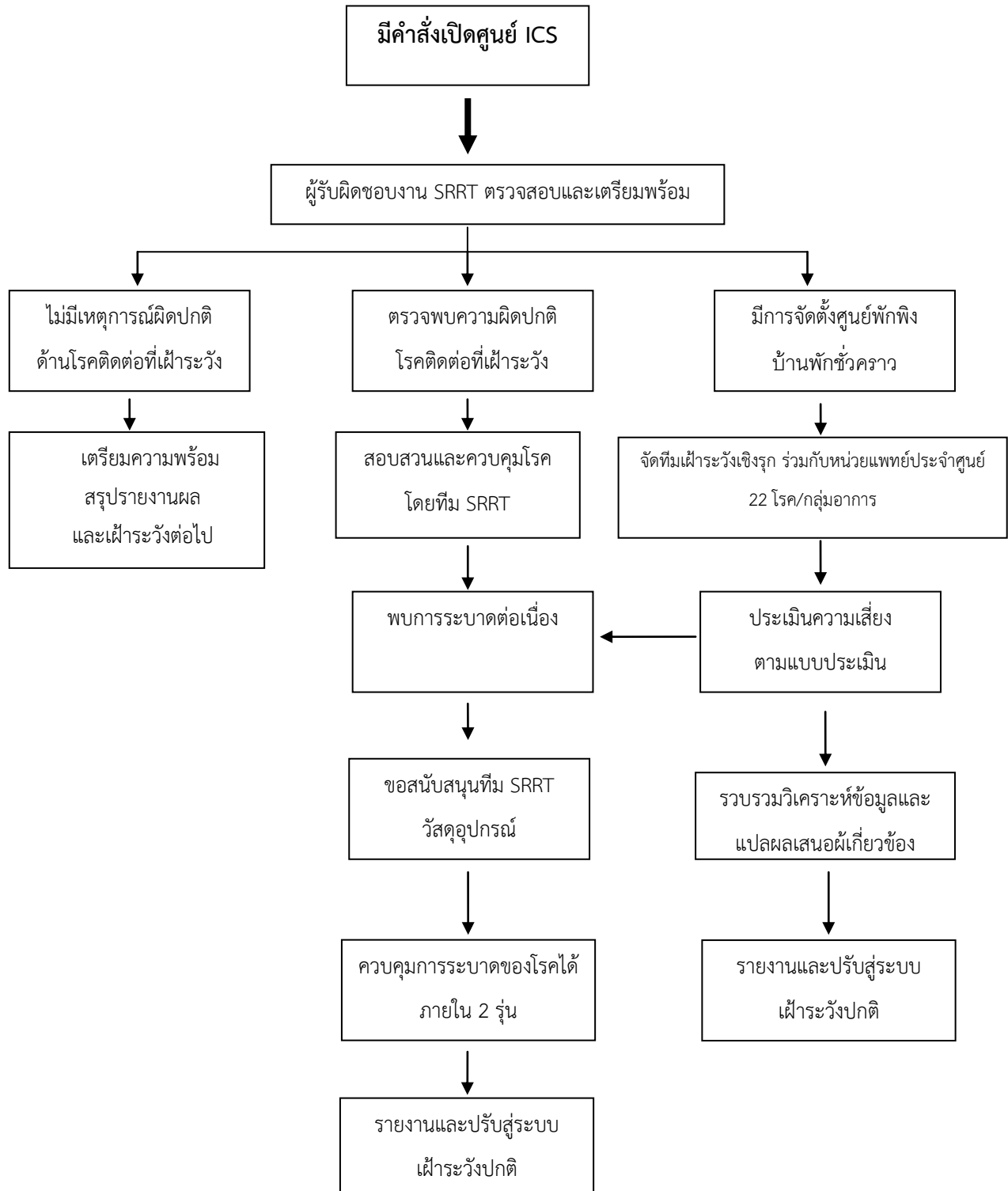
8.2 ระมัดระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณชน

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีม SRRT

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่	อุปกรณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง
มีคำสั่งเปิดศูนย์ ICS	ผู้บัญชาการ เหตุการณ์	ห้อง.....	
ผู้รับผิดชอบงาน SRRT ตรวจสอบและเตรียมพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ ทีม ประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน - ไม่มีความเสี่ยงด้านโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง = เตรียมความพร้อม สรุปรายงานผลและเฝ้าระวังต่อไป	ผู้รับผิดชอบงาน SRRTจังหวัด, อำเภอ	1.ห้องควบคุมโรค 2..... กรณีไม่สามารถใช้ห้อง ในข้อ 1 ได้	FM-OS-17

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่	อุปกรณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง
<p>ตรวจพบความผิดปกติด้านโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง = สอบสวน ควบคุมโรคตามเกณฑ์การสอบสวน โรคระดับอำเภอ จังหวัด</p>	<p>ทีม SRRT ในแต่ละ ระดับ</p>	<p>พื้นที่เกิดโรค รพ ที่พบ Index case</p>	<p>-FM-OS-17 -FM-OS2-18 -แบบสอบสวน เฉพาะราย</p>
<p>การจัดตั้งศูนย์พักพิง 1.ระดับอำเภอจัดทีมตั้งระบบเฝ้าระวังเชิงรับ ร่วมกับหน่วยแพทย์ในศูนย์พักพิงชั่วคราว 2.ระดับจังหวัดพิจารณาส่งทีมสนับสนุนกรณีทีม อำเภอเกิดเหตุไม่เพียงพอ หรือทีมจังหวัดร่วม ดำเนินการ</p>	<p>ผู้รับผิดชอบงาน SRRT</p>	<p>ในศูนย์พักพิงที่แต่ละ อำเภอจัดตั้ง หรือพื้นที่เกิดโรค</p>	
<p>พบการระบาดต่อเนื่อง มากกว่า 2 เตาระยะพักตัว ของโรค -รายงานหัวหน้าทีมปฏิบัติการ ร้องขอไปยังศูนย์ บัญชาการ เพิ่มทีมบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ สำหรับ ควบคุมโรคแบบ เชิงรุกเต็มพื้นที่ -รายงานหากมีการเปลี่ยนแปลงแผน ต้องการ ทรัพยากรเพิ่ม/ เหลือ สถานการณ์อันตรายหรือ เหตุการณ์สำคัญและเตรียมข้อมูลผลการ ดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ รายงานในที่ประชุม</p>	<p>หัวหน้าทีม SRRT อำเภอ</p>	<p>พื้นที่เกิดเหตุ</p>	<p>ICS 215</p>
<p>เหตุการณ์การระบาดโรคสงบ หรือสามารถควบคุม ให้อยู่ในวงจำกัด รายงานหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อปรับลดกำลังและปรับระบบเฝ้าระวังเชิงรุก เป็นระบบเชิงรับปกติ -รวบรวม และวิเคราะห์บันทึกกิจกรรม ในระบบ ICS -เขียนรายงานสอบสวนโรคเสนอหัวหน้าส่วน ปฏิบัติการและผู้เกี่ยวข้อง -ปรับระบบเฝ้าระวังที่จัดตั้งขึ้นในแต่ละพื้นที่ เข้าสู่ ระบบเฝ้าระวังปกติ</p>	<p>หัวหน้าทีม SRRT</p>	<p>ส่งทางระบบ Email (ศูนย์ ICS)</p>	<p>ICS 221 แบบเช็คถอนกำลัง ICS 214 Final report</p>

แนวทางปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)





FM-OS-05: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

ของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

เหตุการณ์.....สถานที่.....

วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

หัวข้อต่อไปนี้ถือเป็นการประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกคน (Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- จัดตั้งฝ่ายปฏิบัติการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค
- ระบุแหล่งเบิกจ่ายอุปกรณ์ของทีม SRRT ที่ลงพื้นที่ 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)
- สำรองประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคและภัย เช่น ความครอบคลุมของวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- ประเมินผลความไวของระบบเฝ้าระวัง
- จัดตารางหมุนเวียนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และจัดระบบการบันทึกการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ตั้งระบบ Passive Surveillance, Sentinel Surveillance ในผู้ประสบภัย
- ให้มีการพูดคุยสรุปเหตุการณ์เพื่อระบายความกังวลใจของผู้ปฏิบัติ (Debrief)
- บันทึกกิจกรรมของฝ่ายทั้งหมด (ICS Form 214).
- ส่งมอบเอกสารให้ส่วนปฏิบัติการ (Operation section)



WI-OS-15: ทำเนียบรายชื่อ SRRT จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	E-mail
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.....		
ทีมหน่วยควบคุมโรคหน้าโดยแมลง					
1.		ผู้ประสานหลัก	ศตม.....		
2.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
3.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
4.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
5.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		
6.		หัวหน้าศูนย์	นคม.....		



FM-OS-06: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

ของ ทีมปรึกษาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

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

	ความสำคัญของเหตุการณ์	ระดับการตอบสนอง
1	การระบาดกรณีสงสัยหรือในวงจำกัด (Suspected / limited outbreak)	ระดับพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากร การแพทย์ (Medical officers)
2	การระบาดทั่วไป (Outbreak)	ระดับพื้นที่และระดับอำเภอ โดยเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังโรค 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 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

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. ถุงซิปลู๊ต	<input type="checkbox"/>	14. แบบสอบสวนโรค
<input type="checkbox"/>	7. เทอโมมิเตอร์	<input type="checkbox"/>	15. VTM (สีเหลือง) ,กล่องโฟม และ Ice pack
<input type="checkbox"/>	8. อุปกรณ์PPE (ถุงมือยาง +Surgical Mask+ หน้ากาก N 95+รองเท้าบูท		
อุปกรณ์สอบสวนทางเดินอาหาร สำหรับ 20 คน			
<input type="checkbox"/>	1. Cary blair's + ไม้ swab	<input type="checkbox"/>	10. ไฟแช็ก
<input type="checkbox"/>	2. กระจุกเก็บ stool	<input type="checkbox"/>	11. กระดาษ Label + ปากกา permanant
<input type="checkbox"/>	3. ขวดเก็บน้ำ sterile ขนาด 1000ml	<input type="checkbox"/>	12. Foccep
<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. ถุงซิปลู๊ต
<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. อุปกรณ์PPE (ถุงมือยาง +Surgical Mask+ หน้ากาก N 95+รองเท้าบูท		
อุปกรณ์เจาะเลือด สำหรับ 20 คน			
<input type="checkbox"/>	1. Syringe ขนาด 3-5 ml.	<input type="checkbox"/>	4. กระจุกใส่สำลี+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. น้ำยาฉีดพ่นฆ่าเชื้อ
<input type="checkbox"/>	2. โลชั่นกันยุง สเปรย์ไล่ยุง	<input type="checkbox"/>	5. คลอรีนน้ำ เม็ด
<input type="checkbox"/>	3. ทรายเทียมฟอส	<input type="checkbox"/>	6. Lysol



FM-OS-08: แบบรายงานโรค/กลุ่มอาการที่เฝ้าระวังในศูนย์อพยพ

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 (ไฟฟ้าช็อต)									
	22. สัตว์มีพิษ									

ลำดับ	ชื่อ -นามสกุล	อายุ	ที่พักปัจจุบัน และเบอร์โทร	การวินิจฉัย	วันเริ่ม ป่วย	รพ.ที่รับ refer	ปัจจัยเสี่ยงสงสัย
-------	---------------	------	-------------------------------	-------------	------------------	--------------------	-------------------

รายชื่อผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือ ได้สอบสวนเฉพาะรายเบื้องต้น

กรุณาส่งแบบรายงานนี้ไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... Fax: หรือE-mail :



FM-OS-09: แบบประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
 เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดในศูนย์พักพิงชั่วคราว
 ผู้ประสบภัย.....

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

การใช้แบบประเมินความเสี่ยง โดยการสอบถามผู้อพยพ ผู้ดูแลหรือผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการสังเกต การประเมินทำเมื่อเริ่มจัดตั้งจุดอพยพ หลังจากนั้นทำสัปดาห์ละครั้ง เพื่อประเมินความเสี่ยงและความต้องการการ สนับสนุนเรื่องควบคุมโรคต่อไป

ข้อมูลทั่วไป


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

สิ่งที่ควรประเมิน	หัวข้อในการประเมิน (Check ได้มากกว่า 1 ข้อ)	การควบคุมโรค	หมายเหตุ
1.อาหาร (สัมภาษณ์ผู้อพยพ) เฉลี่ย.....มื้อ/คน/วัน	<input type="checkbox"/> ปิ้งสุกและรับประทานขณะที่ ยังร้อน <input type="checkbox"/> ปิ้งสุกแต่ไม่ร้อนในขณะที่ รับประทาน <input type="checkbox"/> ปิ้งไม่สุกหรือมีรสและกลิ่น ผิดปกติในขณะที่ รับประทาน	<ul style="list-style-type: none"> - สุ่มตรวจอาหารที่แหล่งกระจาย อาหาร - จัดหาอาหารที่ปรุงใหม่ให้ครบ3มื้อ - จัดหาวิธีการและอุปกรณ์ให้ สามารถอุ่นอาหารก่อนรับประทาน ได้ - จำกัดคนเข้าออกบริเวณที่ปรุงอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> -มีความเสี่ยงในการ รับประทานอาหาร ค้างมือหรือทิ้งไว้ นานหรือไม่ -มีความเสี่ยงในการ นำพาหะโรคท้องร่วง
2.น้ำดื่ม (สัมภาษณ์ผู้อพยพและ เจ้าหน้าที่) เฉลี่ย.....ลิตร/คน/วัน	<input type="checkbox"/> ดื่มน้ำบรรจุขวดหรือดื่มน้ำจาก แท็งก์หรือคูลเลอร์ <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำที่ไม่ได้เติมคลอรีนจาก คูลเลอร์ที่ต้องใช้มือจ้วงตัก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำที่ท่วม หรือแหล่งน้ำอื่นๆ เช่น บ่อน้ำโดยไม่ได้เติมคลอรีน	<ul style="list-style-type: none"> - คลอรีนหยดในน้ำดื่มแท็งก์หรือ คูลเลอร์ที่ไม่ได้บำบัด (ให้ได้ 0.2 ppm) 	<ul style="list-style-type: none"> -มีความเสี่ยงในการ ดื่มน้ำที่ไม่ได้บำบัด หรือดื่มน้ำที่ ปนเปื้อนเชื้อโรคจาก มือหรือไม่
3.น้ำใช้ ระบุแหล่ง..... (สัมภาษณ์และ ตรวจวัดระดับคลอรีน)	<input type="checkbox"/> เติมคลอรีนและมีระดับคลอรีน คงค้าง >0.5ppm <input type="checkbox"/> เติมคลอรีนและมีระดับคลอรีน คงค้าง < 0.5 ppm <input type="checkbox"/> น้ำที่ท่วมขังหรือน้ำจาก ธรรมชาติอื่นๆที่ไม่ผ่านการเติม คลอรีน	<ul style="list-style-type: none"> - ชุดตรวจคลอรีน - คลอรีนบำบัดน้ำ (0.5 – 1 ppm) - สารส้ม 	<ul style="list-style-type: none"> -มีความเสี่ยงในการ ใช้น้ำที่ไม่ได้ผ่านการ บำบัดหรือไม่
4.ส้วม (สังเกตร่วมกับถาม เพิ่มเติม) เฉลี่ยปริมาณ.....ห้อง/ คน	<input type="checkbox"/> ส้วมซึม <input type="checkbox"/> ส้วมชั่วคราวมีเพียงพอและมี การเก็บกำจัดสิ่งปฏิกูล สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ถ่ายลงถุงดำหรือมีส้วมชั่วคราว	<ul style="list-style-type: none"> - ถุงดำสำหรับขับถ่าย - สบู่อ เจลล้างมือ - ถังใส่น้ำราดส้วม - EM - รถดูดส้วม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความเสี่ยงของ การแพร่กระจายเชื้อ โรคที่ปนเปื้อนใน อุจจาระ

สิ่งที่ควรประเมิน	หัวข้อในการประเมิน (Check ได้มากกว่า 1 ข้อ)	การควบคุมโรค	หมายเหตุ
	แต่ไม่มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลเมื่อ สวมเต็ม		
5.ขยะเปียก (สังเกตร่วมกับถาม เพิ่มเติม)	<input type="checkbox"/> ใส่ถุงขยะ มีรถมาเก็บประจำ <input type="checkbox"/> ใส่ถุงขยะแต่ไม่มีการนำไปทิ้ง <input type="checkbox"/> มีหลุมขยะ <input type="checkbox"/> ไม่มีการจัดการขยะ	- ถุงดำ - EM - ปูนขาว - ประสานรถเก็บขยะ	มีขยะเปียกเน่าเหม็น แมลงวันจำนวนมาก
6.ยุงนำโรค (สัมภาษณ์ผู้อพยพ)	<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยโดนยุงกัด <input type="checkbox"/> โดนยุงกัดกลางคืน <input type="checkbox"/> โดนยุงกัดกลางวัน <input type="checkbox"/> พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	- มุ้ง ยาทากันยุง - ทีมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง - ทีมพ่นสารเคมีกำจัดยุง - ทราयोเบท	มีแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายหรือไม่
7.การตรวจรักษา (สังเกตร่วมกับถาม เพิ่มเติม)	<input type="checkbox"/> มีหน่วยรักษาพยาบาลเข้ามา ให้บริการทุกวัน <input type="checkbox"/> มีหน่วยฯเข้ามาให้บริการบาง วัน <input type="checkbox"/> ไม่มีหน่วยแพทย์เข้ามาบริการ	- มีการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังโรคจาก หน่วยแพทย์ - กรณีไม่มีหน่วยแพทย์ ต้องจัดตั้ง เครือข่ายการเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือ มีจุดรับแจ้งโรคระบาด	มีการตรวจจัดการ ระบาดหรือไม่
8.ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคระบาดที่สำคัญอื่นๆ	<input type="checkbox"/> จำนวนผู้อพยพหนาแน่น (มีพื้นที่เฉลี่ยน้อยกว่า 3.5 ตร.ม. ต่อคน) <input type="checkbox"/> พบแรงงานหรือชาวต่างด้าวอยู่ในจุดอพยพ จำนวนประมาณ.....คน <input type="checkbox"/> พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด จำนวนประมาณ.....คน <input type="checkbox"/> อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีหน้าต่างเพียงพอ <input type="checkbox"/> สัตว์รังโรคอยู่ในบริเวณจุดอพยพ เช่น วัว ควาย สุนัข หนู ฯลฯ <input type="checkbox"/> พบสุนัขจำนวนมากและส่วนใหญ่เป็นสุนัขที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า <input type="checkbox"/> พบสัตว์มีพิษจำนวนมากในบริเวณจุดพักพิง เช่น งู ตะขาบ <input type="checkbox"/> มีน้ำท่วมขังในบริเวณจุดพักพิง <input type="checkbox"/> พบสารเคมีรั่วไหลในบริเวณจุดพักพิงหรือบริเวณใกล้เคียง <input type="checkbox"/> มีเหตุการณ์ผิดปกติในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ที่อาจเป็นการระบาดหรือส่งผลต่อการเกิดการ ระบาด เช่น พบผู้ป่วยอาการคล้ายกันเป็นกลุ่มก้อน, มีคนป่วยอาการรุนแรงต้องส่งต่อไป โรงพยาบาล (สอบถามแล้วสงสัยโรคติดเชื้อ), อาหารมีกลิ่นหรือรสผิดปกติ พบสัตว์ตายผิดปกติ เป็นต้น ระบุรายละเอียด ลักษณะเหตุการณ์จำนวน วันที่เกิดเหตุการณ์		

แผนในการป้องกันควบคุมโรค

ลำดับที่	มาตรการป้องกันควบคุมโรค	เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ จำนวนที่ต้องใช้	การประสานขอการสนับสนุน (เรื่อง / หน่วยงานที่ต้องประสาน)

	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน(Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....</p>	<p>รหัส : จำนวน หน้า ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0 วันที่บังคับใช้ :</p>
<p>ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)</p>	<p>ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)</p>	<p>ผู้อนุมัติ : (.....) (หัวหน้าหน่วยงาน ; นพ.สสจ./ผอ.รพ)</p>

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

1. บทบาทหน้าที่

ทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม (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 ,อุปกรณ์ต่าง ๆ ตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ที่ประสบภัย
10. ประสานงานด้านการปฏิบัติการกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
11. รายงานสถานการณ์ด้านการปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อทีมผู้บริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
12. จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน

2. ผู้บังคับบัญชา :

Operation Section Chief

3. ผู้ใต้บังคับบัญชา :

ทีมงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

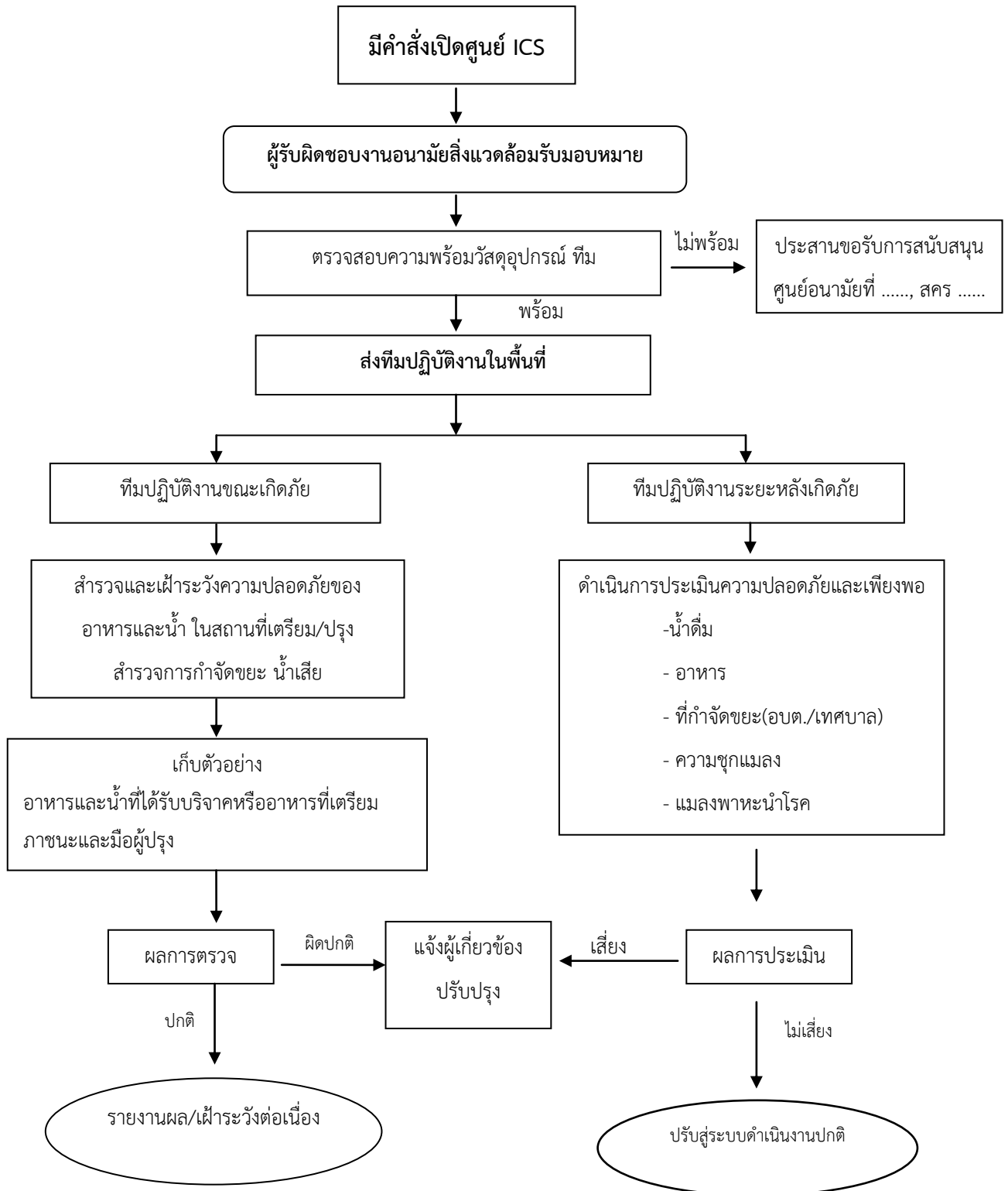
4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน(Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-20 แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ลำดับและขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่	อุปกรณ์เอกสารที่เกี่ยวข้อง
-รับแจ้งข้อมูลการเปิดศูนย์ ICS -ตรวจสอบความพร้อมของทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม และมอบหมายภารกิจตามแผนที่กำหนด	หัวหน้าทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ศูนย์ ICS	- แบบรับแจ้งและรายงานข่าว
ตรวจสอบความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ ทีมงานระดับจังหวัด อำเภอ	ผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ห้องวัสดุเก็บอุปกรณ์สารเคมี	- FM-OS-20 -WI-OS-32
ตรวจสอบความพร้อมจำนวน และวันหมดอายุของวัสดุอุปกรณ์ เก็บตัวอย่าง อาหาร น้ำ ชุดตรวจสอบเบื้องต้น ชุดตรวจสอบคลอรีน ชุดป้องกันตัวสำหรับผู้ปฏิบัติงาน กรณีไม่เพียงพอขอสนับสนุนจาก ศูนย์อนามัยที่ .....สคร.....หรือเครือข่ายในจังหวัด	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ห้องชั้นสุตรทางห้องปฏิบัติการห้องวัสดุ	- FM-OS-21
แจ้งพื้นที่ ส่งทีมปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุ ● ในระยะแรก 12-24 ชม สํารวจและเฝ้าระวังด้านอาหาร น้ำที่ปรุงเองในพื้นที่ประสบภัยและที่ได้รับบริจาค ● หลังเกิดภัย สํารวจความเพียงพอของ น้ำอาหาร ที่กําลังจัดขยะ หากพบความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคแจ้งหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยและสิ่งแวดล้อม	พื้นที่เกิดเหตุ	
ผลการตรวจ น้ำอาหาร มีผู้ปรุงอาหาร ภาวะ - ไม่พบความผิดปกติ - ผลการประเมินในภาพรวมไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคระบาด - รายงานผลการปฏิบัติงานต่อหัวหน้าทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อมและปรับเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังปกติ	ผู้รับผิดชอบงานอนามัยและสิ่งแวดล้อม		- FM-OS-22

ขั้นตอนปฏิบัติทีมทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม
ผังการปฏิบัติงาน



5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Section Chief)
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	ข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลสถานะทรัพยากร ผลการปฏิบัติการ และปัญหาอุปสรรค
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล วิทยุ 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 ทำเนียบรายชื่อทีมอนามัยสิ่งแวดล้อม 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 ระมัดระวังหรือห้ามในการให้ข่าวหรือข้อมูลแก่สาธารณะ



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

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

หัวข้อต่อไปนี้ถือเป็นการประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อ ต้องทำต่อเนื่องหรือทำซ้ำหลายครั้งบางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าสาขา หรือหัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกคน(Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร (ICS Forms 201 and 203)
- ตรวจสอบจำนวนวัสดุอุปกรณ์ด้านสุขาภิบาลทุกรายการ จำนวนคงคลัง ตาม แบบ FM-OS-21 : แบบตรวจความพร้อมรายการวัสดุอุปกรณ์
- ประสานข้อมูลการลงทะเบียนผู้อพยพซึ่งทีม ปก จัดทำ เพื่อประกอบการจัดทำทะเบียนผู้ได้รับผลกระทบในแต่ละด้าน ตลอดจนข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เช่น จำนวนสัตว์ชนิดต่างๆ น้ำที่ใช้ดื่ม บริโภค การกำจัดขยะ
- จัดทำแผนที่ แสดง จุดเกิดเหตุ สาธารณูปโภคของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ สถานที่สำคัญที่ต้องฟื้นฟูวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะพื้นที่ จำแนกหมู่บ้าน หลัง เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ
- ประสาน กับทีม SRRT สรุปสถานการณ์และรายงานตามระบบ 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 ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

แบบฟอร์ม

- แบบตรวจร้านอาหาร แผงลอย โรงอาหาร และโรงครัว
- แบบตรวจแนะนำหน่วยจัดบริการอาหารในภาวะฉุกเฉิน
- แบบสรุปผลการตรวจประจำหน่วยบริการอาหารในพื้นที่ประสบภัย
- แบบรายงานการเก็บตัวอย่างอาหารและน้ำบริโภค
- แบบประเมินการดูแลบำรุงรักษาระบบประปา
- คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อในภาวะฉุกเฉิน
- คำแนะนำในการเตรียมปรุงอาหารเพื่อผู้ประสบภัย
- แบบรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำในพื้นที่ประสบภัย
- แบบสรุปรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ประสบภัย



FM-OS-22: แบบฟอร์มสำรวจและสรุปรายงานผลการดำเนินงาน
ของ ทีมอนามัยและสิ่งแวดล้อม

เหตุการณ์.....สถานที่.....

วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

การดำเนินงาน	สภาพที่พบ		ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
	มี	ไม่มี		
<u>น้ำดื่ม</u> - ปริมาณมีความเพียงพอ (ระบุชนิด) - ผลการตรวจแบคทีเรีย (อ.๑๑)				
<u>น้ำใช้</u> - ปริมาณมีความเพียงพอ (ระบุชนิด) - ผลตรวจคลอรีน (อ.๓๑) - ผลการตรวจแบคทีเรีย (อ.๑๑)				
<u>ขยะมูลฝอย</u> - ความเพียงพอของที่รองรับขยะ - ความเพียงพอของถุงดำ - มีสถานที่กำจัดขยะ และกำจัด ขยะมูลฝอยถูกต้อง (ระบุวิธีการ)				
<u>สิ่งปฏิกูล</u> - มีส้วม สะอาด เพียงพอ - มีการกำจัดน้ำทิ้งเหมาะสม				
<u>สถานที่ปรุงประกอบอาหาร</u> - สถานที่ถูกสุขลักษณะ - มีการกำจัดเศษอาหารถูกต้อง				
<u>แมลงพาหะนำโรค</u> - มีการควบคุมแมลงสัตว์พาหะนำโรค				
<u>ที่พักอาศัย</u> - ที่พักเป็นสัดส่วน สะอาด เป็นระเบียบ ระบายอากาศดี				

สภาพปัญหาที่พบด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

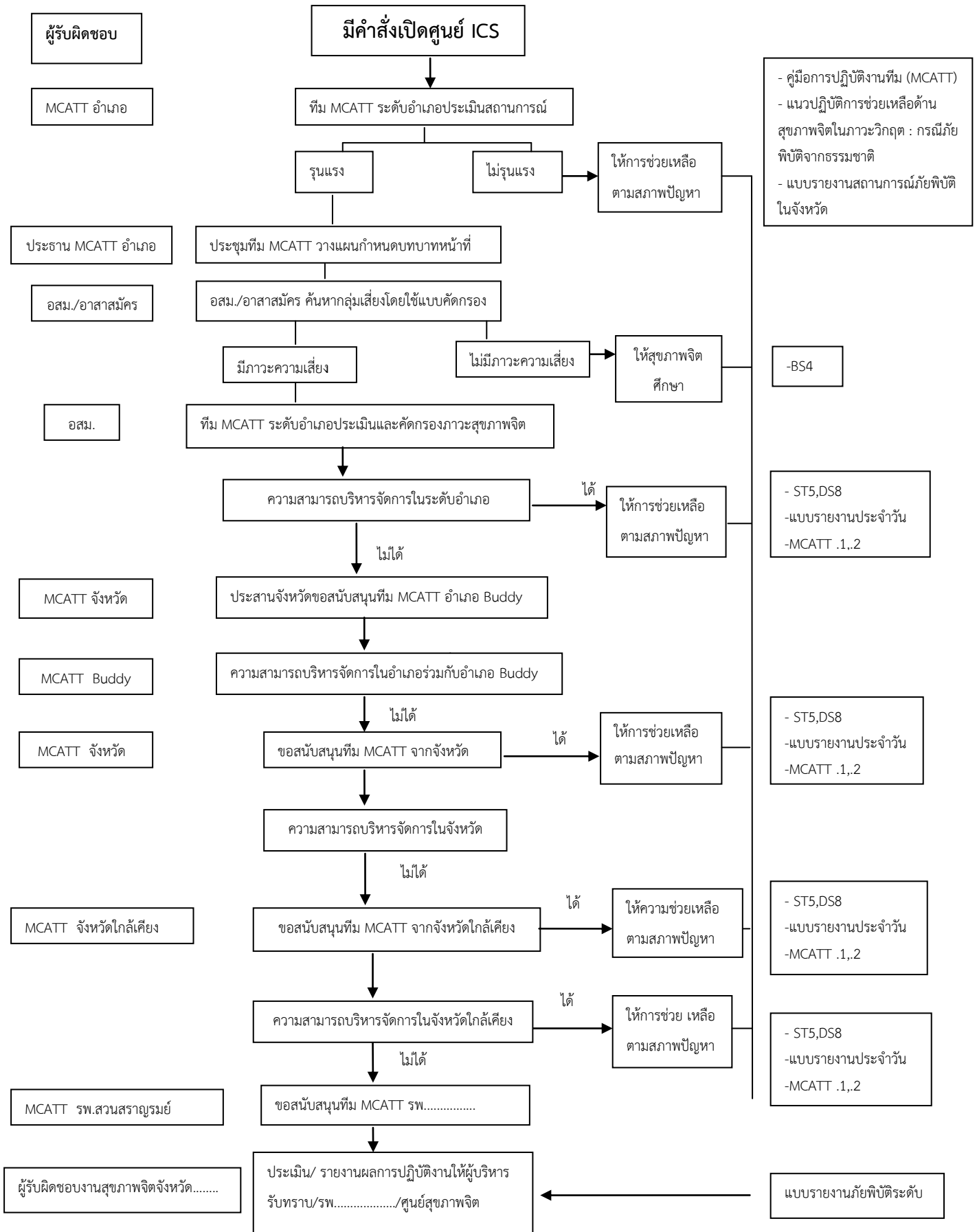


WI-OS-32 : ทำเนียบรายชื่อผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	E-mail
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.....		
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตสำหรับทีม MCATT 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 ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสารโทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีการกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)
- 6.2 ทำเนียบรายชื่อทีม MCATT ทุกอำเภอ รายชื่อหน่วยงานหรือทีมที่ต้องติดต่อ กำหนดช่องทางการสื่อสาร

7. แผนระดมทรัพยากร

- 7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม
- 7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ทีม MCATT อื่น ๆ



FM-OS-11: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
 ของ ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)

เหตุการณ์.....สถานที่.....
 วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

หัวข้อต่อไปนี้ถือเป็นการประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

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

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 อำนวยความสะดวกเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากทีมที่ลงประเมินสถานการณ์/ MCATT รพ.สต. เพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อเนื่อง
- ค้นหาและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต ในกลุ่มเสี่ยง ผู้ใหญ่ ใช้แบบประเมินความเครียด (ST 5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(DS 8) เด็กใช้แบบสอบถามจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (CRIES-13) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก(CDI) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับไม่รุนแรง ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจและ
ระดับประคองจิตใจ
- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ทีม MCATT ส่งต่อ รพ.ที่มีจิตแพทย์หน่วย
บริการสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง
- ติดตามดูแลต่อเนื่อง ในกรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่า
ตัวตาย หรือแพทย์/ทีมพิจารณาให้ดูแลต่อเนื่อง

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)

- ทีม MCATT เข้าพื้นที่ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงตามทะเบียนติดตามผู้ประสบ
ภาวะวิกฤตต่อเนื่องกรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือแพทย์ให้พิจารณาติดตามต่อเนื่อง (MCATT.2)
และค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตรายใหม่ที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง
- ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่เสี่ยงภัยซ้ำ
- ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
- ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีอาการดีขึ้น ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่องและเฝ้าระวัง
ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น กรณีอาการไม่ดีขึ้น ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการดูแลบำบัดรักษาที่เหมาะสม
- ติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ หลังการส่งต่อ
- สรุปและประเมินผลการปฏิบัติงานของทีม MCATT ในการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภาวะวิกฤต
- ส่งข้อมูล/รายงานผลการปฏิบัติงานต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ MCATT จังหวัด ตามขั้นตอน (MCATT.1,
MCATT.2, MCATT.3, Peer Review)



FM-OS-12: รายการเวชภัณฑ์ยาทางจิตเวช สำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต
 ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) จังหวัด.....

ลำดับ	ราคา	รายการยา		จำนวนคงคลัง
1	1	Alprazolam 0.5 mg	<input type="checkbox"/>	26 x 100
2	0.5	Diazepam 2 mg	<input type="checkbox"/>	7 x 1000
3	0.5	Diazepam 5 mg	<input type="checkbox"/>	3 x 1000
4	0.6	Lorazepam 1 mg	<input type="checkbox"/>	6 x 1000
5	1.3	Fluoxetine 20 mg	<input type="checkbox"/>	51 x 500
6	0.5	Amitriptyline 10 mg	<input type="checkbox"/>	49 x 500
7	0.5	Amitriptyline 25 mg	<input type="checkbox"/>	27 x 500
8	0.5	Perphenazine 4 mg	<input type="checkbox"/>	6 x 1000
9	0.5	CPZ 50 mg	<input type="checkbox"/>	12 x 1000
10	0.5	Propranolol 10 mg	<input type="checkbox"/>	30 x 500
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"/>	33 x 1000



FM-OS-13: แบบฟอร์มตรวจสอบวัสดุ อุปกรณ์ (Checklist)
 ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)

เหตุการณ์.....สถานที่.....
 วันที่..... เวลา..... น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

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



WI-OS-20: ทำเนียบรายชื่อ ทีม MACTT จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	E-mail
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.....		
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					



FM-OS-14: แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่
หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

เหตุการณ์.....สถานที่.....
วันที่..... เวลา..... น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

ข้อมูลค้นหากลุ่มเสี่ยง 4 ข้อ (BS 4)
(สำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร)

ชื่อ-นามสกุล..... อายุปี วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน/...../.....
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 จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์นี้		

*** เมื่อพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่ง ทีม MCATT / 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 โดยทำเครื่องหมาย √ ลงใน

1. ก. ฉันรู้สึกเศร้ามานาน ๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2. ก. อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นด้วยดี
 ค. สิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3. ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
4. ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
 ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
5. ก. ฉันทำตัวไม่ตีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ตีบ่อยครั้ง ค. ฉันทำตัวไม่ตีนาน ๆ ที
6. ก. นาน ๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
 ค. จะต้องมียุติกรรมร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ ๆ
7. ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง ค. ฉันชอบตัวเอง
8. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
9. ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ที
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ด้วยตนเอง ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก
 ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย
14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน
 ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน

- ค. การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สึกเหงา ข. ฉันรู้สึกเหงาบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
21. ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน ข. ฉันรู้สึกสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้ ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก
24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ 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

แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

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

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

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ แล้วพบว่า คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่า มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก



FM-OS-16 : แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ

Revised Child Impact of Events Scale (CRIES)

เหตุการณ์.....สถานที่.....

วันที่..... เวลา..... ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

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

	ไม่เลย 0	นานๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 3	บ่อย ๆ 5
1. นึกถึงเหตุการณ์รุนแรงขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ				
2. พยายามลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น				
3. ไม่มีสมาธิในการเรียน				
4. ยังรู้สึกกลัวเหตุการณ์รุนแรง				
5. สะดุ้งตกใจง่ายกว่าเดิมหลังเหตุการณ์รุนแรง				
6. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง				
7. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
8. มีภาพเหตุการณ์รุนแรง/ภัยพิบัติผุดขึ้นในใจ				
9. มีสิ่งที่ทำให้ยังคิดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
10. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
11. รู้สึกหงุดหงิดง่าย				

12. ตื่นตัวและระวังตัวเกินเหตุ				
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 ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< 1 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดการความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุก ๆ สิ่ง que ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลึ้มเหลว				

10. ฉันรู้สึกท้อแท้				
11. ฉันนอนไม่หลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
รวมคะแนน				

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรง 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-สกุล..... อายุ.....ปี HN.....

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-สกุล.....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 ตื่น ๆ 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 พบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา

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.....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกรประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง

ภารกิจ/กิจกรรม

- รับคำสั่งจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการเปิดศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
- รายงานตัวต่อ หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงานพร้อมวิเคราะห์ข้อมูล+สถานการณ์ร่วมกับส่วนวางแผน
- ตรวจสอบความพร้อมของชุดปฏิบัติการ และข้อจำกัดในการปฏิบัติ ทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในพื้นที่เกิดเหตุ / ภาพรวมทั้งจังหวัด
- จัดทำแผนดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (IAP)
- ส่งปฏิบัติการตามแผนฯ (โดยประสานสั่งการกับชุดปฏิบัติการ ผ่านช่องทางที่กำหนดไว้ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ หรือ หน่วยสื่อสาร ICS
- บันทึกการปฏิบัติ (ฟอร์ม ICS 204, IC206, ICS 214, ICS 215 และ Check List ของทีมปฏิบัติการรักษา)
- พิจารณากำหนดแผนปฏิบัติการสำหรับให้กับทีมปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสั่งการของศูนย์ ICS (โดยประเมินตามระดับความรุนแรงสาธารณสุข)
- ประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง/พิจารณาการยกเลิก/ถอนกำลัง
- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ



WI-OS-05 : รายชื่อแพทย์เฉพาะทางจังหวัด.....

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				

	ทางเดินปีสสาวะ				
10	โสต คอ นาสสิก				
11	จิตเวชศาสตร์				



WI-OS-06 : รายชื่อเจ้าหน้าที่ ทีม MERT หรือ DMAT

จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ- สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทร	E-mail
	ทีมที่ 1				
1		นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.....		
2		นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.....		
3		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
4		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
5		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.....		
6		เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
7		เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
8		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
9		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
10		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	กู้ภัย.....		
11		อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย	กู้ภัย.....		
12		เภสัชกรชำนาญการ	สสจ.....		
13		เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	สสจ.....		
14		พนักงานขับเครื่องจักรกลฯ	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		เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
8		เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
9		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	รพ.....		
10		เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	กู้ภัย.....		
11		อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย	กู้ภัย.....		
12		เภสัชกรชำนาญการ	สสจ.พังงา		
13		นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.พังงา		
14		พนักงานขับเครื่องจักรกลฯ	สนง.ปภ.....		
15		พนักงานป้องกันและบรรเทาฯ	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)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer)		

	น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		
	นพ..... (ประธาน) น.ส..... (Refer) น.ส..... (SP trauma)		



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

ลำดับ	ชื่อ- สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์โทร	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		เจ้าหน้าที่เวรเปล		
6		พนักงานขับรถ		
	อำเภอ.....			
1		นายแพทย์ชำนาญการ		
2		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
4		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
5		ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
6		พนักงานขับรถ		
	อำเภอ.....			
1		นายแพทย์ปฏิบัติการ		
2		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
3		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
4		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
5		พนักงานเปล		
6		พนักงานขับรถยนต์		
7		อาสาสมัครกู้ภัย		



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

ลำดับ	โรงพยาบาล	หน่วยกู้ชีพ	เบอร์โทร	E-mail
1	โรงพยาบาล.....	.....	
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
2	โรงพยาบาล.....	.....	
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		
3	โรงพยาบาล.....	.....	
		กู้ภัย.....		
		กู้ภัย.....		

		гүй.....		
4	โรงพยาบาล.....	.....	
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
5	โรงพยาบาล.....	.....	
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
6	โรงพยาบาล.....	.....	
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
7	โรงพยาบาล.....	.....	
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		
8	โรงพยาบาล.....	.....	
		гүй.....		
		гүй.....		
		гүй.....		



WI-OS-10 : เครื่องข่ายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัด.....


หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน	
หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์
สายด่วนนิรภัย (ปก.)	1784
ศูนย์ดำรงธรรม	1567

ศูนย์ปลอดภัยคมนาคม	1356
กรมอุตุฯนิยมหาวิทยาลัย	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 และรพพยาบาลตำรวจ	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-11 :รายชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของงานสาธารณสุขในจังหวัด.....

ลำดับ	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	วิทยุสื่อสาร	
				ความถี่	นามเรียกขาน
1.	สำนักงาน ปก.จังหวัด			150.150	
2.	กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด			152.900	
3.	สถานีตำรวจภูธรเมือง.....			152.700	

	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน(Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	รหัส : จำนวน หน้า ฉบับที่ : แก้ไขครั้งที่ : วันที่บังคับใช้ :

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				

ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ในพื้นที่ (Medical Operation section)	ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ ผู้ตรวจสอบ : (หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ)	ผู้อนุมัติ : (.....) (หัวหน้าหน่วยงาน ; นพ.สสจ./ผอ.รพ)
---	---	---

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 หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
4. ทำความเข้าใจโครงสร้างองค์กร
5. จัดทีมปฏิบัติการด้านรักษาพยาบาลพร้อมออกปฏิบัติการ ในพื้นที่เกิดเหตุการณ์
6. จัดบริการในสถานบริการ รวมทั้งการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยวิกฤต
7. การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่หน่วยอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้การสั่งการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
8. รับผิดชอบการปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่ที่ประสบภัย มีงานหลัก 5 งาน เลือกใช้ตามความเหมาะสมของภัย คือ
 - 8.1 ใน รพ.- งานรับอุบัติเหตุภัยหมู่ตามแผนปฏิบัติการของ รพ. งานเพิ่มศักยภาพ รพ. เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก (MCI)
 - 8.2 ใน รพ.- งานอพยพออกจากรพ (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.....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกรประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง

ภารกิจ/กิจกรรม

- รับคำสั่งจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการเปิดศูนย์บัญชาการเหตุการณ์
- รายงานตัวต่อ หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงาน
- รับฟังการสรุปงานจาก หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ เพื่อรับมอบหมายงาน
- ประสานงานทีมที่ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต ผู้ได้รับผลกระทบโดยประเมินตามระดับความรุนแรงตามสาธารณสุขภัย
- วางแผน Incident action plan ร่วมกับทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ประชุมสรุปสถานการณ์ร่วมกับหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
- ประเมินสถานการณ์ความพร้อม และทบทวนแนวทางปฏิบัติการ
- อำนวยการด้านการปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และสวัสดิภาพของเจ้าหน้าที่
- ประสานงานด้านการปฏิบัติกับหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ประเมินทรัพยากร/บุคลากร และให้คำแนะนำในการนำทรัพยากรและบุคลากรในการออกปฏิบัติงาน
- รายงานสถานการณ์ด้านปฏิบัติการและเหตุการณ์พิเศษต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ
- จัดทำบันทึกของการปฏิบัติงาน (ฟอร์ม ICS 214)



FM-OS-24 : แบบรายงานการติดตามสถานการณ์

ทีมปฏิบัติการรักษาพยาบาลในพื้นที่

เหตุการณ์.....สถานที่.....

รายงานครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

หัวข้อ หรือประเด็น	ข้อสรุป
1. สรุปสถานการณ์และผลกระทบ เน้นผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ	ผู้ป่วยสีแดง จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีเหลือง จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีเขียว จำนวน.....คน ผู้ป่วยสีดำ(เสียชีวิต) จำนวน.....คน พร้อม รายละเอียดผู้ป่วย ตามเอกสารแนบท้าย
2. หน่วยปฏิบัติงานฉุกเฉินด้านการแพทย์	หน่วย ALS..... ทีม ได้แก่ หน่วย BLS..... ทีม ได้แก่ หน่วย FR..... ทีม ได้แก่ อื่นๆ.....
3. ทรัพยากรที่ต้องการการสนับสนุน	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 ช่องทางการติดต่อสื่อสารกับพื้นที่	วิทยุช่องความถี่..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรสาร..... อื่นๆ.....
5. แผนปฏิบัติการในระยะ 24 ชั่วโมงแรก	..........
6. แผนปฏิบัติการหลัง 24 ชั่วโมง	..........

ผู้สรุปรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....



FM-OS-25 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)

การจัดเตรียมเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการกิจ

ของชุด MERT/DMAT

เหตุการณ์.....สถานที่.....

วันที่.....เวลา.....น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....

1.รถพยาบาลฉุกเฉิน อุปกรณ์ช่วยชีวิต รายการเวชภัณฑ์ในรถพยาบาลฉุกเฉิน

1.1.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 1อัน	1	เครื่อง	
5	กระเป๋ใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	1	ใบ	
6	กระเป๋ายา	1	ใบ	
7	Ambu bag	1	ชุด	
8	เปลตัด	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	
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 ,goggle, ผ้ากันเปื้อน ,รองเท้าบู๊ต	ตามจำนวน คน		

ลำดับ	อุปกรณ์ช่วยชีวิต	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
23	ถุงมือ Sterile และ ถุงมือ Disposable ขนาดต่างๆอย่างน้อย	1	กล่อง	
24	ป้ายข้อมือขัดแยกผู้ป่วย สีต่างๆ (แดง ,เหลือง, เขียว, น้ำเงิน)	200	ป้าย	
25	สายเทปสำหรับกั้นเขตปฏิบัติงาน	2	ม้วน	
26	ชามรูปไต 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.รายการเวชภัณฑ์ประจำรพพยาบาลฉุกเฉิน

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	
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 เต็มที่ประจำการของชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ (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	
ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
7	สำลี และ Gauze sterile อย่างละ	10	ซอง	
8	พลาสติกอร์	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	
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	NaHCO ₃ (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	

ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	จำนวน	หน่วย	มี/ไม่มี
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	