

แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภาวะวิกฤต ครั้งที่ (MCATT 1)

หน่วยงานที่ปฏิบัติ

วันที่ปฏิบัติงาน เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ลงปฏิบัติงาน.....

วันที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ

รายละเอียดสถานการณ์.....

.....

.....

.....

ความเสียหายที่เกิดขึ้น

ผู้เสียชีวิต จำนวนราย ผู้บาดเจ็บ จำนวนราย สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน จำนวน ราย

ญาติผู้เสียชีวิต จำนวนราย ญาติผู้บาดเจ็บ จำนวนราย

อื่นๆ ระบุ..... จำนวน ราย

จำนวนผู้ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ใหญ่ (18 ปีขึ้นไป).....คน เด็ก.....คน

ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง จำนวนคน

ครอบครัวผู้เสียชีวิต ราย สูงอายุ(ติดบ้าน/ติดเตียง) ราย

ผู้บาดเจ็บ ราย ผู้พิการ ราย

ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ ราย ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวช ราย

ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ ราย

ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ (ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ทันที) ราย

เด็กกลุ่มเสี่ยง จำนวนคน

ครอบครัวผู้เสียชีวิต ราย ผู้บาดเจ็บ ราย

ผู้พิการ/เด็กพิเศษ ราย ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวช ราย

ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ ราย

Symptoms checklist พบความเสี่ยง ราย (0-5 ปี คน 6-12 ปี คน 13-17 ปี คน)

สรุปการช่วยเหลือ

Psychological First Aidราย Psychoeducationราย Crisis Interventionราย

Supportive counsellingราย Resilience enhancementราย

การส่งต่อ ราย อื่น ๆ



บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

- | | | | | | |
|--|----|--|----|--|----|
| <input type="checkbox"/> แพทย์ | คน | <input type="checkbox"/> พยาบาล | คน | <input type="checkbox"/> เภสัชกร | คน |
| <input type="checkbox"/> นักจิตวิทยา | คน | <input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ | คน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | คน |

ค่าใช้จ่าย

- | | | | | | |
|--|-----|--|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> ค่าเวชภัณฑ์ | บาท | <input type="checkbox"/> ค่าเบี้ยเลี้ยง | บาท | <input type="checkbox"/> ค่าที่พัก | บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่ายานพาหนะ..... | บาท | <input type="checkbox"/> ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง | บาท | <input type="checkbox"/> ค่าถุงยังชีพ | บาท |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | บาท | | | | |

การวางแผนติดตามต่อเนื่อง

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ ของการปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

.....

.....

Peer review ภาพรวมของการปฏิบัติงาน (พื้นที่ปฏิบัติงาน ทีมงาน ผู้รับบริการ สิ่งที่ค้นพบ)

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้สรุปรายงาน.....ตำแหน่ง.....