

แบบสรุปข้อเท็จจริง

(ใช้แนบท้าย แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความเสียหาย.....อายุ.....
2. ตำแหน่ง-ระดับ.....
3. ประเภทการจ้าง.....
4. สังกัด.....
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในส่วน/แผนก ที่เกิดเหตุ.....ปี.....เดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ.....ปี.....เดือน
6. ลักษณะงานที่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายให้บริการสาธารณสุข(อธิบายโดยสรุป).....

7. ลำดับเหตุการณ์ช่วงเวลาที่เริ่มรู้สึกว่าร่างกายไม่ปกติ เริ่มเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการป่วย ตั้งแต่ยังไม่ทราบผลว่าติดเชื้อ (ระบุช่วงเวลา หรือวัน เดือน ปี ที่รักษาจริง เฉพาะกรณีติดเชื้อ เช่น ก่อนเข้าทำงาน ณ หน่วยงานปัจจุบัน สุขภาพปกติ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากทำงานเป็นระยะเวลาหนึ่ง เริ่มมีอาการผิดปกติ และได้ไปพบแพทย์ จนถึงวันที่แพทย์แจ้งผลการตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ เป็นต้น ส่วนกรณีนอกจากการติดเชื้อ ให้ลำดับเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริง เช่น กรณีอุบัติเหตุ ให้ลำดับเหตุการณ์ว่า เกิดอะไรขึ้น ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เป็นต้น

8. วันที่ได้รับความเสียหาย/วันที่ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8.1 ทราบผลว่าติดเชื้อ เมื่อ.....

8.2 ทราบผลความเสียหายนอกจากการติดเชื้อ (อุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฯลฯ) เมื่อ.....

9. กรณีของการได้รับความเสียหาย หากมีข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องให้อธิบายเพิ่มเติมโดยสรุป

9.1 กรณีติดเชื้อ ติดเชื้อ จาก...

- ☐ บุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- ☐ กลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารสิทธิผู้รับบริการที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มบุคคล ที่อาจทำให้ ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ที่แนบมาพร้อมนี้

9.2 กรณีนอกจากการติดเชื้อ

- ☐ (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากบุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้
- ☐ (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากกลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนกลุ่มบุคคล แสดงถึงสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ เช่น สำเนาการสืบสวนสอบสวน ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นต้น

/9.3 กรณี...

9.3 กรณีความเสียหายอื่นๆ(ระบุ)

- ☐ อื่นๆ จาก.....

10. ผู้ได้รับความเสียหายตาม ข้อ 1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภท...

☐ สิทธิข้าราชการ

☐ สิทธิประกันสังคม

☐ ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด

☐ สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำร้องไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

11. ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้น (อธิบายโดยสรุป ถึงผลการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการที่แพทย์ให้ความเห็น รวมถึงแผนการรักษา ระยะเวลาที่ต้องรักษา และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผลด้วย โดยลำดับเป็นช่วงเวลา จนถึงปัจจุบัน หากอยู่ระหว่างรอผลการตรวจติดตามให้ระบุด้วยว่าเมื่อไหร่จะทราบผลดังกล่าว)

ระบุโดยสังเขป.....

12. ปัจจุบันผู้ได้รับความเสียหายเป็นอย่างไร (เช่น แพทย์ให้หยุดทำงานเป็นเวลากี่วัน กลับมาทำงานได้หรือไม่ เมื่อใด อาการปัจจุบันหลังจากให้การรักษาดีขึ้นหรือทรุดลงอย่างไร ผลกระทบอื่นๆเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตเป็นอย่างไร เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบเกี่ยวกับครอบครัว สถานที่ทำงาน เป็นต้น)

ระบุโดยสังเขป.....

13.การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน

13.1 ☐ ไม่มี

13.2 ☐ มี (ระบุชื่อหน่วยงานที่ขอ).....

13.2.1 ยื่นเมื่อ.....

13.2.2 ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

☐ ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท

☐ ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

☐ อยู่ระหว่างพิจารณา และคาดว่าจะทราบผลประมาณ เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

หมายเลขโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกรณีเร่งด่วน

.....

อีเมล.....

ชื่อ - สกุล.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

ความเสียหายที่ได้รับ จัดอยู่ในประเภท...

☐ ติดเชื้อ ☐ อุบัติเหตุ ☐ ถูกทำร้าย ☐ อื่นๆ

ความเห็น

☐ เห็นควรให้ขอรับความช่วยเหลือตามระเบียบฯ ต่อไป

☐ ไม่เป็นไปตามระเบียบฯ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : 1.ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยบริการ มิใช่เจ้าตัว
2.เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน อาจเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลก็ได้