**แบบสรุปข้อเท็จจริง**

(ใช้แนบท้าย แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ)

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 ตั้งแต่ ยังไม่ทราบผลว่าติดเชื้อ (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 ตามเอกสารสถิติผู้รับบริการที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มบุคคล

 ที่อาจทำให้ ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ที่แนบมาพร้อมนี้

9.2 กรณีนอกจากการติดเชื้อ

🗌 (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากบุคคล ซึ่งระบุได้แน่ชัด ตามเอกสารการตรวจสอบสิทธิ

 ผู้รับบริการ ที่แนบมาพร้อมนี้

🗌 (เกิดอุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย) จากกลุ่มบุคคล ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ตามเอกสาร

 หลักฐานที่แสดงถึงจำนวนกลุ่มบุคคล แสดงถึงสถานการณ์ หรือเหตุการณ์

 เช่น สำเนาการสืบสวนสอบสวน ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นต้น

/9.3 กรณี...

-2-

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.การยื่น...

-3-

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