**แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภาวะวิกฤต ครั้งที่ ..... (MCATT 1)**

หน่วยงานที่ปฏิบัติ ………………………………………………………………………………………………………..................………………....

วันที่ปฏิบัติงาน ………...... เดือน……….…..พ.ศ…………..สถานที่ลงปฏิบัติงาน*…………………………………*..............*…………*...

วันที่เกิดเหตุ .............................. เวลา .................... สถานที่เกิดเหตุ ......…………………………………….............................

รายละเอียดสถานการณ์…………………………………………………………………………………………………………………………………..

.........................................................................................................................................................................................

**ความเสียหายที่เกิดขึ้น**

❑ ผู้เสียชีวิต จำนวน .....……คน ❑ ผู้บาดเจ็บ จำนวน ....………คน ❑ ทรัพย์สินเสียหาย จำนวน .................คน

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

**ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง จำนวน ….....……..คน**

❑ ครอบครัวผู้เสียชีวิต ……..… คน ❑ สูงอายุ(ติดบ้าน/ติดเตียง) ……..… คน

❑ ผู้บาดเจ็บ ……..… คน ❑ ผู้พิการ ……..… คน

❑ ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ ……..… คน ❑ ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวช ……..… คน

❑ ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิต ในช่วง 2 สัปดาห์ ……..… คน

❑ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 สัปดาห์ *(ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ทันที)* ……..… คน

**เด็กกลุ่มเสี่ยง จำนวน ...............คน**

❑ ครอบครัวผู้เสียชีวิต ……..… คน ❑ ผู้บาดเจ็บ ……..… คน

❑ ผู้พิการ/เด็กพิเศษ ……..… คน ❑ ผู้ที่มีประวัติรักษาทางจิตเวช ……..… คน

❑ ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ ……..… คน

❑ Symptoms checklist พบความเสี่ยง ……..… คน (0-5 ปี ..... คน 6-12 ปี ..... คน 13-17 ปี ..... คน)

**สรุปการช่วยเหลือ**

❑ Psychological Frist Aid .........คน ❑ รายบุคคล …….. คน ❑ รายกลุ่ม……….. คน ❑ ครอบครัว …………. คน

❑ Psycho education .........คน ❑ รายบุคคล …….. คน ❑ รายกลุ่ม……….. คน ❑ ครอบครัว …………. คน

❑ Crisis counseling .........คน ❑ รายบุคคล …….. คน ❑ รายกลุ่ม……….. คน ❑ ครอบครัว …………. คน

❑ Supportive counselling .........คน ❑ รายบุคคล …….. คน ❑ รายกลุ่ม……….. คน ❑ ครอบครัว …………. คน

❑ Resilience enhancement .........คน ❑ รายบุคคล …….. คน ❑ รายกลุ่ม……….. คน ❑ ครอบครัว …………. คน

❑ การส่งต่อ ………. คน ระบุสถานที่ส่งต่อ……………………… ❑ อื่น ๆ ................………………………………………..…

**บุคลากรที่ปฏิบัติงาน**

❑ แพทย์ ……..… คน ❑ พยาบาล ……..… คน ❑ เภสัชกร ……..… คน

❑ นักจิตวิทยา ……..… คน ❑ นักสังคมสงเคราะห์ ……..… คน ❑ อื่น ๆ ……..… คน

**ค่าใช้จ่าย**

❑ ค่าเวชภัณฑ์ ……..… บาท ❑ ค่าเบี้ยเลี้ยง ……..… บาท ❑ ค่าที่พัก ……..… บาท

❑ ค่ายานพาหนะ……..… บาท ❑ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ……..… บาท ❑ ค่าถุงยังชีพ ……..… บาท

❑ อื่น ๆ ……..… บาท

**การวางแผนติดตามต่อเนื่อง**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ ของการปฏิบัติงาน**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

**Peer review ภาพรวมของการปฏิบัติงาน (พื้นที่ปฏิบัติงาน ทีมงาน ผู้รับบริการ สิ่งที่ค้นพบ)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

**ผู้สรุปรายงาน**............................................................................................. **ตำแหน่ง**....................................................