

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....
 ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 ประเภทการจ้าง.....สังกัด/แผนกที่ปฏิบัติงาน.....
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

ขอรายงานแจ้งเหตุ การได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึงเหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายเป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

- ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ สิทธิข้าราชการ ☐ สิทธิประกันสังคม
☐ ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด ☐ สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้า

- ☐ ไม่มี การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน
☐ มี การยื่นขอความช่วยเหลือจาก.....

ยื่นเมื่อ.....

ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

- ☐ ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน.....บาท
☐ อยู่ระหว่างพิจารณา
☐ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด

ลงชื่อ.....

(.....)

อีเมล.....

/2.ความเห็นผู้บังคับบัญชา...

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- ☐ เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

- ☐ เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้
☐ กรณีติดเชื้อ

แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือเป็นผู้ให้ความเห็น

- ☐ กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ

แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสรุป

- ☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

- ☐ เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

- ☐ ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

1. เรียน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น / อาจารย์ผู้ควบคุม).....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง(ถ้ามี).....

ขอรายงานแจ้งเหตุ แทน(นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะ.....

- คู่สมรส

- ☐ บุพการี หรือผู้สืบสันดาน

- ☐ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ซึ่งผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึงเหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

/ในการให้บริการ...

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายดังกล่าว เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภ...

- ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ☐ สิทธิข้าราชการ

- ☐ สิทธิประกันสังคม

- ☐ ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด

- ☐ สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด
.....
อีเมล.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นรายงาน
(.....)

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาของตน

☐ เห็นชอบ นำเรียนหัวหน้าหน่วยบริการต่อไป ☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

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

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

3. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

☐ เห็นชอบ นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

☐ กรณีติดเชื้อ

แนบ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ที่แสดงวัน/เดือน/ปี ที่ทราบความเสียหายว่าติดเชื้อ โดยมีแพทย์
เป็นผู้รับรองข้อมูล หรือผู้ให้ความเห็น

☐ กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ

แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ
ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

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

/เรียน ปลัด...

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)

☐ เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยบริการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

☐ ทราบ ลงนามแล้ว ส่งรายงานฉบับนี้ คืนให้แก่หน่วยบริการของผู้ได้รับความเสียหาย เพื่อประกอบการยื่นคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ต่อไป โดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 1 ปี ตามที่ระเบียบฯ กำหนด

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....