

แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภาวะวิกฤต ครั้งที่ ..... (MCATT 1)

หน่วยงานที่ปฏิบัติ .....

วันที่ปฏิบัติงาน ..... เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

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

รายละเอียดสถานการณ์.....

**ความเสียหายที่เกิดขึ้น**

ผู้เสียชีวิต จำนวน .....ราย       ผู้บาดเจ็บ จำนวน .....ราย       สูญเสียบ้าน/ทรัพย์สิน จำนวน ..... ราย

ญาติผู้เสียชีวิต จำนวน .....ราย       ญาติผู้บาดเจ็บ จำนวน .....ราย       อื่นๆ ระบุ..... จำนวน ..... ราย

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

**ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง จำนวน .....คน**

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 จำนวน .....คน**

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 Aid .....ราย       Psychoeducation .....ราย       Crisis Intervention .....ราย

Supportive counselling .....ราย       Resilience enhancement .....ราย

การส่งต่อ ..... ราย       อื่น ๆ .....

**บุคลากรที่ปฏิบัติงาน**

แพทย์ ..... คน       พยาบาล ..... คน       เภสัชกร ..... คน

นักจิตวิทยา ..... คน       นักสังคมสงเคราะห์ ..... คน       อื่น ๆ ..... คน

**ค่าใช้จ่าย**

ค่าเวชภัณฑ์ ..... บาท       ค่าเบี่ยงเลี้ยง ..... 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.....