**แบบรายงานความเสียหายต่อผู้บังคับบัญชา**

กรณี ยื่นด้วยตนเอง

เขียนที่..............................................

วันที่..................................................

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

ด้วยข้าพเจ้า.......................................................................ตำแหน่ง..................................................................

ประเภทการจ้าง...........................................................สังกัด/แผนกที่ปฏิบัติงาน............................................................

...............................................................ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).................................

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

ขอรายงานแจ้งเหตุ การได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ (อธิบายเหตุการณ์โดยสรุป บรรยายถึงเหตุการณ์ หรือการวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้อง รักษาตัว และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล)

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

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

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

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

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

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

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายเป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

🗌 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 🗌 สิทธิข้าราชการ 🗌 สิทธิประกันสังคม

🗌 ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด 🗌 สิทธิอื่นๆ (ระบุ)......................................................

ข้าพเจ้า

🗌 ไม่มี การยื่นขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน

🗌 มีการยื่นขอความช่วยเหลือจาก.........................................................................................................

ยื่นเมื่อ......................................................................................................................................

ผลการพิจารณาของการยื่นดังกล่าว ปรากฏว่า

🗌 ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา จำนวน..........................................บาท

🗌 อยู่ระหว่างพิจารณา

🗌 ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด.......................................................................

อีเมล...............................................................

ลงชื่อ................................................

(...............................................)

/2.ความเห็นผู้บังคับบัญชา...

-2-

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 รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ

ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสรุป

🗌 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

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

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

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

**เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทน)**

🗌 เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

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

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

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

ลงชื่อ..............................................หัวหน้าหน่วยบริการ

(...............................................)

ตำแหน่ง..................................................

วันที่.........................................................

/ทราบ แจ้งสำเนา...

-3-

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

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

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

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

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

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

ลงชื่อ................................................

(นายประภาส ผูกดวง)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.........................................................

กรณี ยื่นแทน

**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...

-2-

ในการให้บริการสาธารณสุขที่ทำให้ได้รับความเสียหายดังกล่าว เป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภท...

🗌 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 🗌 สิทธิข้าราชการ 🗌 สิทธิประกันสังคม

🗌 ไม่สามารถระบุได้แน่ชัด 🗌 สิทธิอื่นๆ (ระบุ)......................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ................................................ผู้ยื่นรายงาน

เบอร์ติดต่อที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วที่สุด.......................................................................

อีเมล...............................................................

(.................................................)

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 หรือผู้ให้ความเห็น

🗌 กรณีนอกเหนือจากการติดเชื้อ แนบ รายงานข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะ

ความเสียหาย รวมถึงสาเหตุ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

🗌 ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก...(ระบุ)

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

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

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

/เรียน ปลัด...

-3-

**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.........................................................