

ทะเบียนตรวจสอบเอกสารประกอบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการฯ เขต 11 สุราษฎร์ธานี  
 ชื่อ-สกุล(ผู้เสียหาย)..... ชื่อหน่วยบริการ..... จังหวัด.....  
 ประเภทความเสียหาย..... โทรศัพท์มือถือ.....

รายละเอียดเอกสาร	มี	ไม่มี
<b>1.เอกสารประกอบการยื่นคำร้องเบื้องต้น (เอกสารฉบับสำเนา ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกแผ่น)</b>		
1.1 แบบฟอร์มการยื่นคำร้องฯ กรอกรายละเอียดครบทุกช่องอย่างละเอียดเข้าใจง่าย		
1.2 สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)		
1.3 สำเนาเวชระเบียนของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)		
1.4 สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการสิทธิบัตรทอง/สิทธิข้าราชการ อปท. ที่ทำให้เกิดความเสียหาย		
1.5 ใบรับรองแพทย์ของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)		
1.6 เอกสารตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการสิทธิบัตรทอง/สิทธิข้าราชการ อปท. เท่านั้น		
1.7 สำเนาใบมรณะบัตร(กรณีผู้ให้บริการเสียชีวิต)		
1.8 สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้ให้บริการเสียชีวิต)		
1.9 สำเนาเอกสารบัตรคนพิการที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ หรือ เอกสารยืนยันทางการแพทย์ที่ระบุความพิการ		
1.10 หนังสือคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติงานในพื้นที่จากผู้บังคับบัญชาของหน่วยบริการ (กรณี อสม. เท่านั้น)		
1.11 หนังสือส่งตัวจากสถานศึกษาหรือหนังสือรับรองการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาในหน่วยบริการ (กรณี นศ. เท่านั้น)		
<b>2. เอกสารประกอบแต่ละประเภทความเสียหาย</b>		
<b>2.1 กรณีติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ (วัณโรค, โรคโควิด-19 ฯลฯ)</b>		
2.1.1 ผลการตรวจเสมหะ (กรณีพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ)/ผลการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
2.1.2 ผลเอกซเรย์ปอด (กรณีพบเชื้อวัณโรคจากการเอกซเรย์ปอด) หรือกรณีป่วยเป็นโรคโควิด 19		
2.1.3 ผล CT scan (กรณีพบเชื้อวัณโรคจากการตรวจ CT scan)		
2.1.4 รายละเอียดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาวัณโรคของลูก สามี บุคคลในครอบครัว ต้องรับประทานยาด้วยหรือไม่ระบุมาด้วย		
2.1.5 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าเอนไซม์ตับ		
2.1.6 ผลยืนยันการตรวจเชื้อวัณโรคของผู้รับบริการ จำนวน 1 ราย (เชื้อTB 3 <sup>+</sup> ,2 <sup>+</sup> ) /ผลยืนยันการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการ จำนวน 1 ราย		
2.1.7 สำเนาผลการสอบสวนโรคของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยาสอบสวนเสร็จเรียบร้อยแล้ว		
<b>2.2 กรณีถูกของมีคม เข็มตำ สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV,ไวรัสตับอักเสบ และกรณีผู้ป่วยกัด</b>		
2.2.1 ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 1 (หลังจากเกิดเหตุทันที)		
2.2.2 ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 (หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสครบ 28 วัน)		
2.2.3 ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 3 (หลังจากเกิดเหตุ 90-100 วัน)ผลเลือดไม่ครบ 3 ครั้ง อนุกรมการไม่พิจารณา		
2.2.4 ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 4 (หลังจากเกิดเหตุ 6 เดือน)		
2.2.5 ผลการตรวจเลือดของผู้รับบริการสิทธิบัตรทอง/สิทธิข้าราชการ อปท. ที่ทำให้เกิดความเสียหาย		
<b>2.3 กรณีเจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย/อุบัติเหตุ</b>		
2.3.1 รูปถ่ายปริ๊นสี ลักษณะแผล รอยฟกช้ำ ร่องรอยของบาดแผล ความเสียหายที่เกิดขึ้น		
2.3.2 ระยะเวลาในการรักษาในหน่วยบริการ ระยะเวลาการพักฟื้น และฟื้นฟูร่างกาย		

เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน  เอกสารไม่ครบ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสารหน่วยบริการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด