

ศูนย์ประสานงานโควิด – 19
จังหวัดสุโขทัย

ด่วนที่สุด

ที่ สท ๐๐๑๗.๒/ ๔๑๖

ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ตามที่จังหวัดสุโขทัยแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยรายงานข้อมูลการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และ Hospitel ในพื้นที่จังหวัดตามแบบรายงานที่กำหนด จัดส่งให้จังหวัดทุกวันพุธ ภายในเวลา ๑๒.๓๐ น.เพื่อรายงานให้ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ทราบ นั้น

จังหวัดสุโขทัยพิจารณาแล้ว เพื่อให้การรายงานข้อมูลเป็นปัจจุบัน จึงขอให้หน่วยงานรายงานข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด – 19 ตามแบบที่กำหนด จัดส่งให้จังหวัดภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๒.๐๐ น. ทั้งนี้ ให้ส่งข้อมูลในรูปแบบไฟล์ word ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ waraphorn.skt@outlook.co.th อีกทางหนึ่งด้วย รายละเอียดปรากฏตามโทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๒๓๐/ว ๒๘๖๑ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ที่แนบมาพร้อมนี้



สำนักงานจังหวัด
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลฯ
โทร/โทรสาร. ๐-๕๕๖๑-๑๖๑๙

ศูนย์โควิดฯ มท.

โทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย

.....

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๒๓๐/ว ๒๙๖๑ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จาก ปลัดกระทรวงมหาดไทย

ถึง ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

ตามโทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๒๓๐/ว ๒๕๙๒ ลงวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ แจ้งให้จังหวัดรายงานข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด - 19 ตามแบบที่กำหนด ส่งให้ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ภายในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นการดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 (ศปก.ศบค.) ที่ให้กระทรวงมหาดไทยนำเสนอความพร้อมการเตรียมการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ของพื้นที่ ตามแนวทางการเตรียมพร้อม/การสนับสนุนการฉีดวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาของศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 (ศปก.ศบค.) นั้น

เพื่อให้การรายงานข้อมูลเป็นปัจจุบัน ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ขอให้จังหวัดรายงานข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด - 19 ตามแบบที่กำหนด ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๓๐ น. ในรูปแบบเอกสารและไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ moinewcovid@gmail.com (ไฟล์ Word และ PDF) รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

(นายฉัตรชัย พรหมเลิศ)
ปลัดกระทรวงมหาดไทย
หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน
ในส่วนที่เกี่ยวกับการสั่งการและประสานกับผู้ว่าราชการจังหวัด
และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

สำนักงาน ศบค.มท. (สนผ.สป.)
โทร. ๐ ๒๒๒๕ ๔๘๕๗ มท. ๕๐๑๘๘

แบบรายงานการเตรียมความพร้อมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด – ๑๙

จังหวัด_____

รายงานวันที่_____

๑. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)		
	ยังไม่ได้ฉีด	ฉีดแล้ว ๑ เข็ม	ฉีดครบ ๒ เข็ม
๑.๑ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขด่านหน้า เช่น สธ. อสม. เป็นต้น			
๑.๒ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทหาร ตำรวจ ผู้ทำงานในสถานที่กักกันตัว เป็นต้น			
๑.๓ กลุ่มอาชีพเสี่ยง เช่น พนักงานขับรถสาธารณะ ครู และอื่นๆ			
๑.๔ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ๗ โรค			
๑.๕ ประชาชนทั่วไป			
รวม			

๒. การเตรียมสถานที่ในการฉีดวัคซีน โปรดระบุ

๒.๑ จำนวน_____จุด

๒.๒ การจัดเตรียมสถานที่สำหรับฉีดวัคซีน

จุดที่	สถานที่ฉีดวัคซีน (ระบุชื่อ)	ที่ตั้ง(ตำบล/อำเภอ)	ลักษณะของสถานที่*	จำนวนที่รองรับได้ ปริมาณกี่คนต่อวัน	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	วันที่พร้อมเปิดบริการ	บุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ (ระบุจำนวน)
๑							แพทย์.....คน พยาบาล.....คน บุคลากรทางการแพทย์ .....คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ .....คน
๒							
๓							
๔							

๓. **การซักซ้อมการปฏิบัติ**

☐ มีกำหนดการซักซ้อมแผน ในวันที่_____

๔. ข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี)_____

_____

_____

_____

* หมายเหตุ : ลักษณะของสถานที่ เช่น โรงพยาบาล/ หอประชุม/โรงยิม/ศาลาประชาคม/บริษัท/ฯลฯ

ผู้รายงาน_____

ตำแหน่ง_ผู้ว่าราชการจังหวัด_____

โทรศัพท์มือถือ_____

วัน/เดือน/ปี_____

ข้อมูล ณ วันที่_____

แบบรายงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามและ Hospitel

จังหวัด..... *

วัน ..... เดือน..... ปี..... (ที่รายงาน (เช่น ๑๒/๐๕/๒๕๖๔) *X

๑. โรงพยาบาลสนาม

๑) จำนวนโรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งานรวมทั้งหมด (แห่ง) *

๒) จำนวนเตียงทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (เตียง)

๓) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษาทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (คน)

๔) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษาทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (คน)

๕) จำนวนเตียงคงเหลือที่สามารถรองรับได้ทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (เตียง)

๖) จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งาน รวมทั้งหมด (คน)

๗) จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งาน รวมทั้งหมด (คน)

๘) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งาน รวมทั้งหมด (คน)

๙) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งาน รวมทั้งหมด (คน)

๑๐) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสนาม รวมทั้งหมด (คน)

๒. Hospitel

๑) จำนวน Hospitel ที่พร้อมใช้งานรวมทั้งหมด (แห่ง) *

๒) จำนวนเตียงทั้งหมดของทุก Hospitel (เตียง)

๓) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษาทั้งหมดของทุก Hospitel (คน)

๔) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษาทั้งหมดของทุก Hospitel (คน)

๕) จำนวนเตียงคงเหลือที่สามารถรองรับได้ทั้งหมดของทุก Hospitel (เตียง)

๖) จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ Hospitel รวมทั้งหมด (คน)

๗) จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ Hospitel รวมทั้งหมด (คน)

๘) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ Hospitel รวมทั้งหมด (คน)

๙) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ปฏิบัติงาน ณ Hospitel รวมทั้งหมด (คน)

๑๐) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ Hospitel รวมทั้งหมด (คน)

---

(๑) สถานที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม

๑) ชื่อโรงพยาบาลสนาม แห่งที่ ๑

๒) ที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม แห่งที่ ๑

๓) จำนวนที่รองรับได้ทั้งหมด (เตียง)

๔) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษา (คน)

๕) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษา (คน)

๖) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ (คน)

๗) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (คน)

๘) จำนวนแพทย์ (คน)

๙) จำนวนพยาบาล (คน)

๑๐) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ (คน)

๑๑) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (คน)

๑๒) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (คน)

๑๓) หน่วยงานรับผิดชอบ (เช่น สสจ. รพ. ทหาร อปท. เอกชน ฯลฯ)

---

(๑) สถานที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม

๑) ชื่อโรงพยาบาลสนาม แห่งที่ ๒

๒) ที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม แห่งที่ ๒

๓) จำนวนที่รองรับได้ทั้งหมด (เตียง)

๔) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษา (คน)

๕) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษา (คน)

๖) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ (คน)

๗) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ทั้งหมดของทุกโรงพยาบาลสนาม (คน)

๘) จำนวนแพทย์ (คน)

๙) จำนวนพยาบาล (คน)

๑๐) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ (คน)

๑๑) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (คน)

๑๒) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (คน)

๑๓) หน่วยงานรับผิดชอบ (เช่น สสจ. รพ. ทหาร อปท. เอกชน ฯลฯ)

---

(๒) สถานที่ตั้ง Hospitel

๑) ชื่อ Hospitel แห่งที่ ๑

๒) ที่ตั้ง Hospitel แห่งที่ ๑

๓) จำนวนที่รองรับได้ทั้งหมด (เตียง)

๔) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษา (คน)

๕) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษา (คน)

๖) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ (คน)

๗) จำนวนแพทย์ (คน)

๘) จำนวนพยาบาล (คน)

๙) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ (คน)

๑๐) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (คน)

๑๑) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ รวม (คน)

๑๒) หน่วยงานรับผิดชอบ (เช่น สสจ. รพ. ทหาร อปท. เอกชน ฯลฯ)

---

(๒) สถานที่ตั้ง Hospitel

๑) ชื่อ Hospitel แห่งที่ ๒

๒) ที่ตั้ง Hospitel แห่งที่ ๒

๓) จำนวนที่รองรับได้ทั้งหมด (เตียง)

๔) จำนวนผู้ที่พ้นระยะการพักรักษา (คน)

๕) จำนวนผู้ที่อยู่ระหว่างพักรักษา (คน)

๖) จำนวนคงเหลือที่สามารถรองรับได้ (คน)

๗) จำนวนแพทย์ (คน)

๘) จำนวนพยาบาล (คน)

๙) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ (คน)

๑๐) จำนวนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (คน)

๑๑) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ รวม (คน)

๑๒) หน่วยงานรับผิดชอบ (เช่น สสจ. รพ. ทหาร อปท. เอกชน ฯลฯ)

ผู้ประสานงาน

ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน *

หน่วยงานในสังกัดของผู้ประสานงาน *

เบอร์โทรศัพท์มือถือของผู้ประสานงาน *

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน (ผู้ว่าราชการจังหวัด)