

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ผู้ป่วย UC

วันที่ยื่นคำร้อง

หน่วยบริการ..... วันที่รับคำร้อง.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง

ตนเอง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย) ญาติ/อื่นๆ (ระบุ).....

1.1 ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

1.2 เบอร์มือถือ..... E-Mail.....

1.3 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... โทรสาร.....

1.4 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ..... จังหวัด.....

1.5 ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน /ตึก/แผนก.....

1.6 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

2.1 วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

2.2 ความเสียหายที่เกิดขึ้น กรุณาทำเครื่องหมาย ✓

- ติดเชื้อไวรัสโรค ถูกผู้ป่วยทำร้าย/ได้รับบาดเจ็บ เข้มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
 อุบัติเหตุรถส่งต่อ อื่นๆ(ระบุ).....

2.3 คำวินิจฉัยของแพทย์.....

2.4 ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย **(สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC)**

ชื่อสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	รหัสบัตรหลักประกันสุขภาพUC

ส่วนที่ 3 เอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องของ ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

- สำเนา OPD Card หน้าที่บันทึกวันที่เกิดความเสียหาย ถึงหน้าที่บันทึกการรักษาสิ้นสุด หรือ ถึงวันที่ยื่นคำร้อง (เฉพาะการเข้ารับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ยื่นคำร้อง)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีการเขียนให้เป็นลายมือเดียวกันทั้งฉบับ)
- กรณีผู้ให้บริการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Admission) ให้แนบเอกสารเพิ่มเติม เช่น สำเนาใบ summary note , สำเนาใบ doctor order sheet , บันทึกการให้ยา
- สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ที่เกี่ยวข้อง) / ผลการตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อ ฯลฯ
- สำเนาผลการอ่านฟิล์ม x-ray , ฟิล์มเอกซเรย์ หรือ ผล CT ฯลฯ
- กรณีรับประทานยา เกิดผลข้างเคียง แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เกี่ยวข้อง เช่น LFT, SGPT, SGOT ฯลฯ

- กรณีเข็มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง แขนง สำเนาใบรายงานอุบัติเหตุการณ์ วันที่เกิดเหตุการณ์ วิธีการตรวจ / ผลการตรวจหรือความเสียหายที่ได้รับ ฯลฯ
- กรณีถูกผู้ป่วยทำร้าย/อุบัติเหตุอื่นๆ มีบาดแผล (ให้แนบภาพถ่าย) (ส่งไฟล์ภาพกับผู้ประสานงาน สปสช.เขต)

ส่วนที่ 4 เอกสารหรือหลักฐานของผู้รับบริการUC ที่ทำให้เกิดความเสียหาย

- สำเนา OPD Card หน้าที่เกี่ยวข้อง หรือ สำเนา doctor order sheet วันที่เกิดอุบัติเหตุการณ์ (**กรณีอ้างอิง ผู้ป่วยHIV กรุณาปกปิดข้อมูลผู้ป่วยที่อ้างอิง,หรือใช้รหัสผู้ป่วย)
- ใบตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ
- กรณีติดเชื่อไวรัสโรค และไม่สามารถระบุผู้รับบริการที่สัมผัสโดยตรงเป็นรายบุคคลได้ กรุณาให้

เพิ่มเติมรายละเอียด ตามแบบบันทึกเพิ่มเติม หน้า 3)

ส่วนที่ 5 เหตุการณ์และความเสียหายที่เกิดขึ้น (ให้ระบุระยะเวลาที่สัมพันธ์กับความเสียหาย /บรรยายถึงเหตุการณ์ และความเสียหาย /ลักษณะบาดแผล (กรณีบาดแผลให้แนบภาพถ่าย) การวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับ /อาการแทรกซ้อน และอาการปัจจุบัน ที่ยื่นคำร้อง) กรณีรายละเอียดมาก บันทึกเพิ่มเติม แนบท้ายได้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีติดเชื้อไวรัส

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานแผนก.....โรงพยาบาล.....

๒. ประวัติการเจ็บป่วย

◆ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี (ก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี)

.....

◆ อาการและอาการแสดง เริ่มต้น จนถึงปัจจุบัน (บันทึกเพิ่มเติมแนบท้ายได้)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....