



ที่ ยธ ๐๗๐๗.๑/ ๖๑๘๘๓

ถึง เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานกักกัน และสถานกักขัง

ตามที่สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๑๐/ว ๕๑๒๒ ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ แจ้งการให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ติดเชื้อ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต โดยให้ส่วนราชการจัดส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบรรเทาความเดือดร้อน และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว นั้น

กรมราชทัณฑ์ จึงขอให้หน่วยงานแห่งนี้เป็นรายงานข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด กรณีมีผู้ปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

๑. คำสั่งมอบหมายให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อฯ ที่แสดงให้เห็นเข้าใจชัดเจนได้ว่าปฏิบัติหน้าที่อยู่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ

๒. เอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยืนยันตัวตนได้โดยวิธีการ RT-PCR จากห้องปฏิบัติการ

๓. กรณีตรวจพบเชื้อโดยวิธี ATK ขอให้แนบเอกสารการเข้าสู่กระบวนการรักษามาพร้อมด้วย

๔. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

๕. กรณีรักษาตัวแบบ Home Isolation/Community Isolation ให้ส่งหลักฐานการลงทะเบียนหรือรหัสหน่วยบริการ

๖. ลำดับเหตุการณ์ (Time Line) ย้อนหลัง ๑๔ วัน นับจากวันที่ทราบผลตรวจยืนยัน

๗. กรณีเสียชีวิต ให้สำเนาใบมรณะบัตร หรือสำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต

ทั้งนี้ ขอให้สแกนและจัดส่งข้อมูลข้างต้นเป็นไฟล์ .pdf ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ hr_correct@hotmail.com ภายในวันอังคารที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ โดยไม่ต้องจัดส่งเอกสารฉบับจริงไปยังกรมราชทัณฑ์



กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร-โทรสาร ๐๒ ๙๖๗ ๓๔๔๐



แบบฟอร์มรายงานข้อมูลเจ้าหน้าที่
ผู้ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่

แบบรายงานข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่
ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หมายเลขบัตร ประจำตัวประชาชน	หน่วยงาน ต้นสังกัด (กระทรวง/กรม)	สถานที่ ปฏิบัติงาน	การปฏิบัติหน้าที่/เหตุการณ์	ผลกระทบ ที่ได้รับ	เอกสาร หลักฐาน
					ระบุชื่อ สถานพยาบาล ที่สังกัด หรือสถานที่ ปฏิบัติงานที่ทำ ให้ได้รับ ผลกระทบ	สรุปข้อมูล/เหตุการณ์ปฏิบัติหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายด้านการป้องกันและการ แก้ไขปัญหาโควิด-19 และผลกระทบที่ ได้รับจากการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว เช่น ติด เชื้อโควิด-19หรือตามหมายเหตุท้ายตาราง ข้อ ๒ วันที่/ช่วงระยะเวลาที่รับผลกระทบ หรือรักษาตัว		

หมายเหตุ ๑. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการควบคุม ป้องกัน ตรวจวินิจฉัยโรค ตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ
การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

๒. ผลกระทบที่ได้รับ ระบุ เสียชีวิต / ทุพพลภาพ / พิกار บาดเจ็บสาหัส / เจ็บป่วยรุนแรง / ป่วยหรือบาดเจ็บและได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....(ผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ประสานงาน :..... โทร.....e-mail.....