|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** | | | | | | | | |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:**  ไข้หวัดใหญ่ในรร.อนุบาลอุดรธานี | | | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | | | | **3. กลุ่มภารกิจ:** operation  ทีม/พื้นที่/กลุ่ม JIT  พื้นที่ปฏิบัติการ รร.อนุบาลอุดรธานี  จุดระดมพล สสจ.อุดรธานี | |
| จากวันที่: 21/11/62  เวลา: 09.00 | | ถึงวันที่: 21/11/62  เวลา: 21.00 | |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:** | ชื่อ | | | | | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ |  | | | | |  |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ |  | | | | |  |
| หัวหน้าชุด | สุรเชษฐ์ ดวงตาผา | | | | |  |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |  | | | | |  |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** | | | | | | | | |
| ระบุภารกิจ | | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| ยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค | |  | | **4** | | 0864562307 | | 1.mask  2.ถุงมือ  3.อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ |
| หาขนาดและขอบเขตของการระบาด | |  | | **2** | |  | | 1.อุปกรณ์วัดสัญญานชีพ  2.แผนที่ |
| ค้นหาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ | |  | | **1** | |  | |  |
| ควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายของโรค | |  | | **4** | |  | |  |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:**  1. ยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค  2. ค้นหาขนาดและขอบเขตของการระบาด  3. ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่  4. ควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายของโรค | | | | | | | | |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:** | | | | | | | | |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:** | | | | | | | | |
| ชื่อ/ตำแหน่ง: | | | | | | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: | | |
| **8. เตรียมโดย** ชื่อ: ตำแหน่ง: ลายมือชื่อ: | | | | | | | | |
| **ICS 204 IAP หน้า** | | | วันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ……………………………………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** | | | | | | | | |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:**  ไข้หวัดใหญ่ในรร.อนุบาลอุดรธานี | | | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | | | | **3. กลุ่มภารกิจ:** **SAT**  ทีม/พื้นที่/กลุ่ม SAT  พื้นที่ปฏิบัติการ รร.อนุบาลอุดรธานี  จุดระดมพล สสจ.อุดรธานี | |
| จากวันที่: 21/11/62  เวลา: 09.00 | | ถึงวันที่: 21/11/62  เวลา: 21.00 | |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:** | ชื่อ | | | | | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ |  | | | | |  |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ |  | | | | |  |
| หัวหน้าชุด | พรหมินทร์ เค้าโคตร | | | | |  |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |  | | | | |  |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** | | | | | | | | |
| ระบุภารกิจ | | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสถานการณ์โรคทุก 12 ชั่วโมง | |  | | **4** | | 0864562307 | | 1.คอมพิวเตอร์  2.โปรเจ็กเตอร์  3.ระบบอินเทอร์เน็ท |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:**  วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสถานการณ์โรคทุก 12 ชั่วโมง | | | | | | | | |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:** | | | | | | | | |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:** | | | | | | | | |
| ชื่อ/ตำแหน่ง: | | | | | | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: | | |
| **8. เตรียมโดย** ชื่อ: ตำแหน่ง: ลายมือชื่อ: | | | | | | | | |
| **ICS 204 IAP หน้า** | | | วันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ……………………………………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** | | | | | | | | |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:**  ไข้หวัดใหญ่ในรร.อนุบาลอุดรธานี | | | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | | | | **3. กลุ่มภารกิจ:** operation  ทีม/พื้นที่/กลุ่ม JIT  พื้นที่ปฏิบัติการ รร.อนุบาลอุดรธานี  จุดระดมพล สสจ.อุดรธานี | |
| จากวันที่: 21/11/62  เวลา: 09.00 | | ถึงวันที่: 21/11/62  เวลา: 21.00 | |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:** | ชื่อ | | | | | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ |  | | | | |  |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ |  | | | | |  |
| หัวหน้าชุด | สุรเชษฐ์ ดวงตาผา | | | | |  |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |  | | | | |  |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** | | | | | | | | |
| ระบุภารกิจ | | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| เก็บตัวอย่าง/ส่งตัวอย่าง(๑) | |  | | **4** | | 0864562307 | | 1.mask  2.ถุงมือ  3.อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ  4.แบบสอบสวนโรค  5.ยา/วชย. |
| คัดกรองผู้ป่วยแยกกลุ่มเสี่ยง | |  | | **2** | |  | | 1.อุปกรณ์วัดสัญญานชีพ  2. |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:**  ลงพื้นที่ดำเนินการดังต่อไปนี้  ๑.เก็บสิ่งส่งตรวจ/ส่งสิ่งส่งตรวจ  ๒.คัดกรองผู้ป่วยแยกกลุ่มเสี่ยง | | | | | | | | |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:** | | | | | | | | |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:** | | | | | | | | |
| ชื่อ/ตำแหน่ง: | | | | | | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: | | |
| **8. เตรียมโดย** ชื่อ: ตำแหน่ง: ลายมือชื่อ: | | | | | | | | |
| **ICS 204 IAP หน้า** | | | วันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ……………………………………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** | | | | | | | | |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:**  ไข้หวัดใหญ่ในรร.อนุบาลอุดรธานี | | | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | | | | **3. กลุ่มภารกิจ:** **SAT**  ทีม/พื้นที่/กลุ่ม SAT  พื้นที่ปฏิบัติการ รร.อนุบาลอุดรธานี  จุดระดมพล สสจ.อุดรธานี | |
| จากวันที่: 21/11/62  เวลา: 09.00 | | ถึงวันที่: 21/11/62  เวลา: 21.00 | |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:** | ชื่อ | | | | | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ |  | | | | |  |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ |  | | | | |  |
| หัวหน้าชุด | พรหมินทร์ เค้าโคตร | | | | |  |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |  | | | | |  |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** | | | | | | | | |
| ระบุภารกิจ | | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสถานการณ์โรคทุก 12 ชั่วโมง | |  | | **4** | | 0864562307 | | 1.คอมพิวเตอร์  2.โปรเจ็กเตอร์  3.ระบบอินเทอร์เน็ท |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:**  วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสถานการณ์โรคทุก 12 ชั่วโมง | | | | | | | | |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:** | | | | | | | | |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:** | | | | | | | | |
| ชื่อ/ตำแหน่ง: | | | | | | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: | | |
| **8. เตรียมโดย** ชื่อ: ตำแหน่ง: ลายมือชื่อ: | | | | | | | | |
| **ICS 204 IAP หน้า** | | | วันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ……………………………………………… | | | | | |