|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** | | | | | | | | |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:ก๊าซแอมโมเนียรั่ว** | | | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | | | | **3. กลุ่มภารกิจ:** operations  ทีม/พื้นที่/กลุ่ม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  พื้นที่ปฏิบัติการ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  จุดระดมพล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| จากวันที่: 01/10/62  เวลา: 08.00 | | ถึงวันที่: 30/09/63  เวลา: 16.00 | |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:** | ชื่อ | | | | | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ | นายอุเทน หาแก้ว | | | | | 0866454867 |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ | นายมารุต นามบุตร | | | | | 0868535151 |
| หัวหน้าชุด | นายเกียรติศักดิ์ อุ่นศิริ | | | | | 0956692547 |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |  | | | | |  |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** | | | | | | | | |
| ระบุภารกิจ | | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| ทีมสอบสวนและค้นหาผู้ป่วย/ผู้สัมผัสสารแอมโมเนียรั่ว | | นายมารุต นามบุตร | | **5** | | 0868535151 | | 1[แบบ Checklist สำหรับการประเมินแบบเร่งด่วน กรณีเกิดอุบัติภัยสารเคมี](http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%9D%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%87/%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99Envocc/envocc_01.pdf)  2.นิยามในการค้นหาผู้ป่วย  3.วัสดุ/อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่าง |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:**  ภารกิจสอบสวนและค้นหาผู้ป่วย | | | | | | | | |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:**  -ให้ค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสให้ครอบคลุม | | | | | | | | |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:** | | | | | | | | |
| ชื่อ/ตำแหน่ง: | | | | | | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: | | |
| **8. เตรียมโดย** ชื่อ: ตำแหน่ง: ลายมือชื่อ: | | | | | | | | |
| **ICS 204 IAP หน้า** | | | วันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ……………………………………………… | | | | | |