



ที่ สปสช.๕.๓๖/๙๗๕๓

๑ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง การดำเนินงานพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ.๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.แบบตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ(ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๖๔ ซึ่งกำหนดให้เพิ่มเติมค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมาจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.๒๕๖๓ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีประชาชนคนไทยทุกคนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ.๒๕๖๔ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) รายละเอียดดังเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โดยมีสาระสำคัญของประกาศหลักเกณฑ์ ดังนี้ ๑)การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่เป็นการดำเนินการตามมาตรา ๔๑ แต่เป็นการดำเนินการจากเงินที่ได้รับตามพระราชกำหนดเงินกู้สำหรับแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๒)เป็นการให้สิทธิแก่คนไทยทุกสิทธิที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๓)วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นการฉีดวัคซีนตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่ใช้วัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ ๔)ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

มีสิทธิยื่น/

มีสิทธิยื่นคำร้อง และยื่นได้ที่หน่วยบริการหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ โดยยื่นคำร้องภายใน ๒ ปี นับแต่วันทราบความเสียหาย โดยใช้แบบคำร้องตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒. หากมีการยื่นโดยไม่ใช้แบบคำร้อง ต้องมีข้อมูลอย่างน้อยครบตามที่ระบุในแบบคำร้อง และขอให้หน่วยที่รับคำร้องตรวจสอบและให้คำแนะนำแก่ผู้ยื่นคำร้อง เพื่อดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมให้ครบถ้วน ถูกต้อง โดยให้ถือเอาวันที่ยื่นคำร้องครั้งแรกเป็นหลักในการนับระยะเวลายื่นคำร้อง (๕) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับเขตพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ โดยให้พิจารณาความรุนแรงของความเสียหายและข้อมูลหลักฐานของผู้เสียหายประกอบการพิจารณากำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภทความเสียหาย ๖) คำร้องที่เป็นความเสียหายจากการรับวัคซีนในพื้นที่จังหวัดใด ให้ สปสช.เขตที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดนั้นเป็นผู้พิจารณาคำร้อง ๗) การพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็ว และเมื่อได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้แก่ผู้ยื่นคำร้องทราบแล้ว ให้รวบรวมเพื่อรายงานต่อเลขาธิการฯทราบ ๘) กรณีผู้ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อเลขาธิการฯ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ทราบผลการวินิจฉัย หากเลขาธิการฯไม่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ก็จะเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวินิจฉัยอุทธรณ์อีกชั้นหนึ่ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่าน เป็นหน่วยงานรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สำหรับหน่วยบริการให้ส่งคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ และเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์มตรวจสอบความครบถ้วนดังเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓. ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เว็ชช. นพ. สวจ. สระแก้ว

รพ.สว.เขต ๖ ระยอง แจ้งแนวทางดำเนินการ
พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับบาดเจ็บ
จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ไปรักษาโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2๐1๙

เพื่อโปรดทราบ เห็นชอบแจ้งโรงพยาบาลทุกแห่ง
โรงพยาบาลค่ายสุรสิงหนาท โรงพยาบาลเกษมราษฎร์

ส.วิวัฒน์
๑๐ มี.ย. ๖๔

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง

๑๐/๖/๖๔

ขอแสดงความนับถือ

วิศิษฐ์ อธิษฐาน

(นายวิศิษฐ์ อธิษฐาน)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ รักษาการแทน

ทราบดำเนินการ

ช.ประภาส

(นายประภาส ผูกดวง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการนายแพทย์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

กลุ่มงานการมีส่วนร่วมของภาคีและประชาสัมพันธ์ ๑๐ มี.ย. ๖๔

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๑๓-๑๙ ต่อ ๕๕๙๐

โทรสาร ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๒๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sirisak.p@nhso.go.th

ผู้ประสาน : นายศิริศักดิ์ เผือกวัฒนะ โทรศัพท์ ๐๘ ๑๓๔๔ ๘๕๗๙

สำเนาส่ง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๖ ทุกแห่ง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการที่เป็นประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๔) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และให้หมายความรวมถึงสถานบริการอื่นที่ให้บริการด้วย

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชนคนไทยที่รับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

“ผู้อุปการะ” หมายความว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการก่อนเข้ารับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
โดยไม่ต้องพิสูจน์ผูกผิด

/“คณะกรรมการ” ...

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๔ ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้ จะต้องเป็นการเข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

ข้อ ๕ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบต่ออาการรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการได้รับวัคซีน โดยมีความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษาประกอบด้วย จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ข้อ ๖ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่หน่วยบริการ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายในสองปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

ข้อ ๗ ให้มีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ระดับเขตพื้นที่ จำนวนไม่เกินห้าคน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ เป็นประธานอนุกรรมการ และอนุกรรมการอย่างน้อยต้องประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้หรือไม่ และสมควรได้รับควรจะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหายด้วย

คณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่งมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๕

การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการให้กระทำไปแล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ผลการวินิจฉัยเมื่อได้แจ้งแก่ผู้ยื่นคำร้องแล้ว ให้รายงานผลต่อเลขาธิการเพื่อทราบ

ข้อ ๘ ในกรณีผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะของบุคคลดังกล่าว ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อเลขาธิการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้ทราบผลการวินิจฉัย ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่

ให้เลขาธิการพิจารณาคำอุทธรณ์และแจ้งผู้อุทธรณ์โดยไม่ชักช้า แต่ต้องไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ในกรณีที่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ ก็ให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงคำสั่งทางปกครองตามความเห็นของตนภายในกำหนดเวลาดังกล่าวด้วย

ในการพิจารณาอุทธรณ์ตามวรรคสอง เลขาธิการอาจแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองอุทธรณ์พิจารณาเสนอความเห็นก่อนก็ได้

หากเลขาธิการไม่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ก็ให้เร่งรายงานความเห็นพร้อมเหตุผลไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในกำหนดเวลาตามวรรคสอง เพื่อพิจารณาอุทธรณ์อีกชั้นหนึ่ง

ข้อ ๙ ให้ผู้รับบริการซึ่งได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ก่อนประกาศนี้ใช้บังคับให้ถือว่าเป็นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการและมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

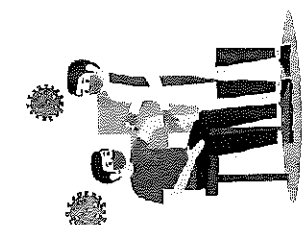
ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายเจตต์ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

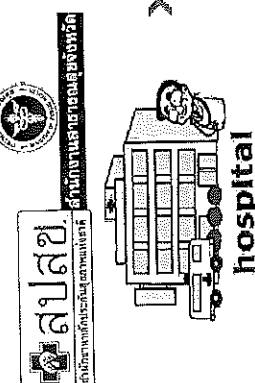
ขั้นตอนการเบิกจ่ายกรณีขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))



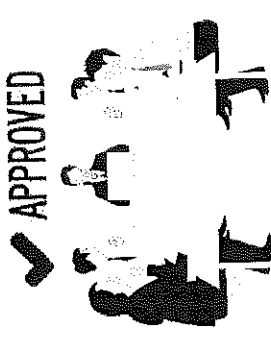
ผู้รับวัคซีนตามแผนงานโครงการ หรือ กิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วได้รับความเสียหาย



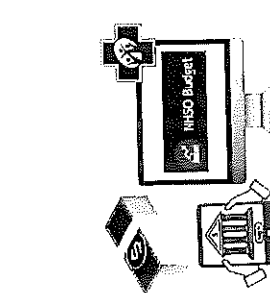
ผู้รับบริการ / ทายาท / ผู้มีอุปการะ / หน่วยบริการทั้งบริการ เชื้อยีนตัวร้าย ขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบฟอร์ม พร้อมเอกสารประกอบ



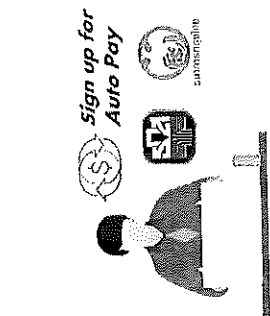
ยื่นหรือส่งคำร้องได้ที่หน่วยบริการ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สสส. สาขาเขตพื้นที่



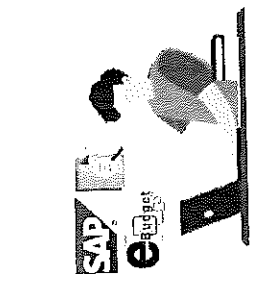
คณะกรรมการระดับเขตพื้นที่ มีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



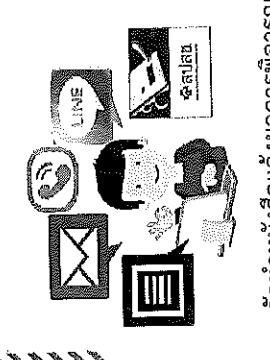
Online Banking
สสส.เขต ดูข้อมูลการโอนเงิน ผ่าน Website
<https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/>



ผู้บริการอนุมัติการโอนเงินผ่านระบบธนาคาร Online



สสส.ดำเนินการ
1. ตรวจสอบเอกสารและบันทึกตัดงบประมาณในระบบ e-Budget
2. บันทึกรายการบัญชีในระบบ SAP
3. ประมวลผลการชำระเงิน Auto Payment
4. จัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินเสนอผู้บริหาร



1. สสส.เขต จัดทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณา วินิจฉัยให้ผู้ยื่นคำร้องทราบ
2. สสส.เขต จัดส่งเอกสารให้ สสภ. ดังนี้
1) หนังสือแจ้งขอเบิกเงินระบบ ชื่อ-สกุลผู้รับเงิน และจำนวนเงินที่ขอเบิก (ไม่ทำระบบ e-Form) รหัสงบประมาณ
2) แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ
4) หลักฐานของผู้รับเงิน ได้แก่ สำเนาบัตร ปพข. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ทั้งนี้ ให้ส่งเป็น File เอกสารก่อน ทาง LINE หรือ Mail แล้วค่อยส่งฉบับจริงให้ สสภ.

ระยะเวลาการโอนเงินภายใน 5 วัน หลังการประชุมของคณะกรรมการ (สสส.เขต = 2 วัน / สสภ.+ผู้บริหาร+กรรมการ = 3 วัน)

แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง.....

วันที่รับคำร้อง.....

๑.รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ชื่อ-นามสกุล.....

๑.๒เลขบัตรประจำตัวประชาชน () () () () () () () () () () () () () ()

๑.๓สิทธิการรักษาพยาบาล () สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(บัตรทอง) () สิทธิประกันสังคม
() สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆ.....

๑.๔อาชีพ รายได้ ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ.....

๑.๕ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

โทรศัพท์

๒.รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง(ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ชื่อ-นามสกุล.....

๒.๒เลขบัตรประจำตัวประชาชน () () () () () () () () () () () () () ()

๒.๓ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

๒.๔ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

โทรศัพท์

๓.รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑สถานที่ฉีดวัคซีน.....จังหวัด.....

๓.๒วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ เข็มที่ ๒

๓.๓วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ความเสียหายจากการรับวัคซีน.....

๔.เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- () สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต
- () สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข
- () ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดทำงาน
- () เอกสารอื่นๆ(ถ้ามี)

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน
ธนาคาร โดยได้แนบ

() หน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ชื่อธนาคาร)
เลขที่บัญชี ของ(ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง
มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คำแนะนำ

๑. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ(กรณีไม่มีทายาท) ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้
หรือดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

๒. สถานที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาเขตพื้นที่

๓. ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง ภายใน ๒ ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

๔. หน่วยงานที่แจ้งผลการพิจารณา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบพื้นที่
จังหวัดที่เข้ารับการรักษาตัวขึ้นป้องกันโรคโควิด 19

๕. หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๑ ๔๐๐๐ เวลาราชการ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๗๓๐-๑

หรือติดต่อสายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ เปิดบริการ ๒๔ ชั่วโมง

กรณีในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ระยอง จันทบุรีและตราด

ติดต่อสอบถามได้ที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง

๑๑๕ อาคารสตาร์พลาซ่า ชั้น ๒ ซ.ศูนย์การค้าสาย ๔ ถ.สุขุมวิท ต.เชิงเนิน

อ.เมือง

จ.ระยอง ๒๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๑๔-๑๙ ต่อ ๕๔๗๕, ๕๔๙๐

แบบตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

รายการเอกสาร	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น			
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นที่หน่วยงานราชการออกให้ที่มีรูปถ่ายประกอบ			
๓. แบบ AEFI 1 (ถ้ามี)			
๔. แบบ AEFI 2 (ถ้ามี)			
๕. แบบรายงานอุบัติการณ์ Serious AEFI (ถ้ามี)			
๖. ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ผู้รับบริการวัคซีน และความเห็นของแพทย์ที่ให้การรักษากรณีสถานที่ให้หยุดพักงาน			
๗. สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร			
๘. สำเนาเวชระเบียนและเอกสารประกอบการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการวัคซีน (ถ้ามี)			
๙. บันทึกข้อความหรือเอกสารที่บ่งชี้ข้อมูลทางเศรษฐกิจของผู้เสียหาย			
๑๐. หนังสือรับรองความพิการหรือสำเนาใบมรณบัตร กรณีพิการหรือเสียชีวิต (ถ้ามี)			
๑๑. หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท (ถ้ามี)			
กรณียื่นอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับเขตพื้นที่			
๑. คำร้องอุทธรณ์ผลการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ จากผู้เสียหาย/ทายาท/ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการ			
๒. เอกสารประกอบที่บ่งบอกถึงความเสียหายเพิ่มเติม (ถ้ามี)			
๓. สำเนารายงานการประชุมของคณะกรรมการฯ			
๔. สำเนาหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำร้อง			
๕. สำเนาหลักฐานรับทราบผลการพิจารณา ได้แก่ ไปรษณีย์ตอบรับ/เลขที่พัสดุ ๑๓ หลักของไปรษณีย์			

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา ไม่มี มี ระบุ.....

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว ไม่มี มี ระบุ.....

*ค่านำหน้า/ชื่อ/สกุล..... โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี มี ระบุ.....

เพศ ชาย หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุเวลาที่.....

อายุปีเดือนวัน เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ ระบุ..... ประวัติการใช้ยาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ไม่มี มี ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อาชีพ..... ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ

*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....

*ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ด/ปที่ได้รับ	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ

(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย

<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด	<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....	รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์..... ว/ด/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ..... ว/ด/ป ที่รับรักษา..... ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> รับไว้รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์			
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....			

(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน ไม่จำเป็น จำเป็น ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....

(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เกสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เกสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร..... Email ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน..... ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน..... ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แบบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)	(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าใช่ <input type="checkbox"/> อาจใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน <input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ <input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง <input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้
--	---

*ให้เติมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ * ต้องเติมข้อมูลให้ครบละเว้นไม่ได้

แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... วันเดือนปีเกิด...../...../.....
 เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....
 คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล..... อายุ <1ปี 1-5 ปี >5 ปี อาชีพ.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ ไทย อื่น ๆ ระบุ..... ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....

(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน

ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)..... ที่อยู่นน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... ภาครัฐ ภาคเอกชน อื่น ๆ (ระบุ).....
 เป็นสถานที่ตั้งถาวร เป็นหน่วยเคลื่อนที่ อื่น ๆ (ระบุ).....
 วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี กรณีรณรงค์ กรณีปกติในงานEPI กรณีอื่น ๆ (ระบุ).....

วัคซีน

ตัวทำลาย

ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป	ที่ได้รับ	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ตัวทำลาย					
											ชื่อตัวทำลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ป	ที่ผสม	เวลาที่ผสม

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน

ข้อมูล	คำตอบ	ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ใน 30 วัน ก่อนได้รับวัคซีนครั้งนี้ เคยมีอาการป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรคอยู่หรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวันที่ใช้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
สำหรับผู้หญิง กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (จำนวนสัปดาห์)..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
กำลังให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
สำหรับทารก (อายุ <1 ปี) การคลอด <input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม		
<input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (Forceps, Vacuum etc.)		
<input type="checkbox"/> มีความผิดปกติอื่น (ระบุ)		

4. อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**

แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ สืบค้นเวชระเบียน อื่น ๆ (ระบุ).....
 การขึ้นสูตรศพทางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล).....

อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน

การวินิจฉัยของแพทย์.....

ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการเวลาที่เริ่มเกิดอาการ.....ว/ด/ป ที่รับการรักษา.....ว/
 ด/ป ที่จำหน่าย.....สถานที่รักษา.....แพทย์ผู้รักษา.....

สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน ทาย อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย พิการ ไม่ทราบ เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).....

ผ่าพิสูจน์ศพ มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ.....

ไม่มีการพิสูจน์ศพ แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ

(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)

** บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมในและ
 นอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)

** กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งส่งตรวจของ
 ผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น

ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....โทร.วันที่บันทึกข้อมูล.....

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ยู๋ป่วยได้รับวัคซีน

จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในช่วงเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรกๆของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่ยู๋ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โด๊ส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โด๊สแรก <input type="checkbox"/> เป็นโด๊สสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดของการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
3. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (Unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
4. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยผิดปกติ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
5. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีน (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายยัด ผสมวัคซีนกับตัวทำลายยัดไม่ดีพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
6. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
7. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าวิธีการให้วัคซีนไม่ถูกต้อง (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันกับผู้ป่วยคน มีอาการป่วย.....คน									
9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนในวันเดียวกันกับผู้ป่วย.....คน มีอาการป่วย.....คน									
10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกัน จำนวนรวม.....คน จากสถานบริการ.....แห่ง มีอาการป่วย.....คน									
11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อน <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่: มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....ราย <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนชนิดเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ : จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ.....ขวด (เพิ่มเติมรายละเอียด).....									
12. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)

กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้: ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด <input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ		
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น		
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำลายยัดวัคซีน :		
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายยัดวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับหลายขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายยัดวัคซีนโดยใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำลายยัดวัคซีนในแต่ละขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำลายยัดที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น		

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)

การเก็บรักษาวัคซีน :

มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/วัน
ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain breakdown)	
ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร) นอกจากวัคซีน และตัวทำลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีตัวทำลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

การขนส่งวัคซีน :

อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน <input type="checkbox"/> กระจกวัคซีน <input type="checkbox"/> กล่องโฟม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ.....	
ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน <input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ	
มีการใช้ Conditioning ice-pack หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(8) การสอบสวนในชุมชน

(เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้ามี มีกี่ราย.....ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน.....ราย ไม่ได้รับวัคซีน.....ราย	
ไม่ทราบ.....ราย อธิบายรายละเอียด.....	

9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น

--	--

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....
วันที่สอบสวน..... วันที่บันทึกแบบสอบสวน(AEFI2)..... วันที่ส่งแบบสอบสวน(AEFI2).....
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบสวน (AEFI2)..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน..... มือถือ..... E mail.....