دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ….

**معاونت بهداشتی**

**فرم گزارش وضعیت حادثه**

**Situation Report (SitRep)**

دقت اطلاعات این فرم بستگی به موارد زیر دارد: 1- آمادگی قبلی برای جمع آوری اطلاعات، 2- مدت زمانی که از حادثه می گذرد 3- در دسترس بودن اطلاعات در زمان تکمیل فرم. بدیهی است که با گذشت زمان از لحظه شروع حادثه، اطلاعات به تدریج کامل شوند. با عنایت به این امر، در هر گزارش دقیق ترین اطلاعات موجود را ثبت نمایید. لطفا در هر سوال، جزییات موجود را ثبت کنید.

**توجه**: جمع بندی اطلاعات از واحدهای مختلف بهداشتی توسط واحد مدیریت خطر بلایا انجام می گیرد، در ردیف های 12، 14 و 15، اطلاعات به تفکیک واحد ارایه شود شامل، 1) بیماری های واگیر، 2) بیماری های غیرواگیر، 3) بهداشت محیط، 4) بهداشت خانواده، 5) تغذیه، 6) بهداشت روان، 7) آموزش بهداشت، 8) گسترش شبکه و 9) آزمایشگاه. این فرم برای تمام واحدها قابل استفاده است، لیکن بدیهی است که تمرکز جمع آوری اطلاعات توسط هر واحد، با تمرکز بر ردیف های 12، 14 و 15 انجام می گیرد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **واحد ارزیابی کننده: نام و نام خانوادگی ارزیاب:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **شماره گزارش: تاریخ گزارش: دوره زمانی گزارش:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ردیف** | | **سوال** | **راهنما** | | | **آخرین وضعیت** | | | | | | | | |
| 1 | | نوع و شدت حادثه | سیل | | |  | | | | | | | | |
| 2 | | نام منطقه | با ذکر دانشگاه، استان، شهر و روستا | | | استان …..–شهرستان ……..- | | | | | | | | |
| 3 | | سطح حادثه | بر اساس جدول سطح حادثه و اعلام EOC | | |  | | | | | | | | |
| 4 | | تعداد فوتی | کل و به تفکیک منطقه با ذکر توزیع سنی جنسی | | |  | | | | | | | | |
| 5 | | تعداد مصدوم | کل و به تفکیک منطقه با ذکر توزیع سنی جنسی | | | زن: مرد: زير 5 سال: بالاي 5 سال:  كل: نفر سرپایی : نفر بستری: مشخصات نامعلوم: | | | | | | | | |
| 6 | | تعداد جمعیت تحت تاثیر | کل و به تفکیک منطقه | | | زن: مرد: زير 5 سال: زیر یک سال:  كل: باردار: سالمند: کل خانوار: | | | | | | | | |
| 7 | | آسیب به واحدهای بهداشتی | تعداد مراکز آسیب دیده و درصد آسیب آن (بصورت تخمینی) به تفکیک منطقه و نوع مرکز ذکر شود | | |  | | مركز بهداشت شهرستان/ استان | مركز شهري | مركز روستايي | پايگاه بهداشت | خانه بهداشت | مركز شهري روستايي | |
| تعداد | |  |  |  |  |  |  | |
| درصد | سازه اي |  |  |  |  |  |  | |
| غيرسازه اي |  |  |  |  |  |  | |
| عملكردي |  |  |  |  |  |  | |
| 8 | | آسیب به بیمارستان ها | - | | |  | | | | | | | | |
| 9 | | آسیب به پرسنل | | | تعداد به تفکیک منطقه، واحد بهداشتی و رده خدمت |  | | | | | | | | |
| 10 | | آسيب به زيرساخت ها | | | آسيب به جاده، برق، آب و مدرسه و .... |  | | | | | | | | |
| 11 | | اقدامات مدیریتی انجام شده | | | مانند تشکیل کمیته بهداشت کارگروه و فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه |  | | | | | | | | |
| 12 | | اقدامات بهداشتی انجام شده | | | با رویکرد کلیه کارکردهای ضروری نظام سلامت |  | | | | | | | | |
| 13 | | اقدامات ساير سازمان ها | | | مانند هلال احمر، استانداري و .... |  | | | | | | | | |
| 14 | | مهمترین نیازهای بهداشتی | | | تعداد پرسنل،‌ تجهيزات، ملزومات و ....  با رویکرد کلیه کارکردهای ضروری نظام سلامت |  | | | | | | | | |
| 15 | | نیازهایی که باید فورا از سطح بالاتر پیگیری یا تامین شوند | | | می توانید از فرم برآورد نیاز نیز استفاده کنید. آنرا ضمیمه این فرم نمایید.  با رویکرد کلیه کارکردهای ضروری نظام سلامت |  | | | | | | | | |
| 16 | | احتمال وقوع مخاطرات بعدی در منطقه | | | مانند شکست سد متعاقب زلزله |  | | | | | | | | |
| 17 | | سایر موارد مهم | | | لطفا ذکر نمایید. |  | | | | | | | | |

**نام و نام خانوادگی تهیه کننده گزارش: تلفن تماس: شماره موبایل:**