

แบบเก็บข้อมูล CDD/ สรุปผล/ แผนการป้องกัน

1. ทะเบียน

กรณีการเสียชีวิตหมายเลข	ว/ด/ป ที่บันทึก	/...../25.....	
ผู้บันทึก.....	หน่วยงาน		
ชื่อเด็ก.....	นามสกุล.....	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
รายงานการตาย ว/ด/ป ที่ตาย	/..... /25.....	ว/ด/ป เกิดเหตุ	/..... /25.....
รายงานจาก เขต/อำเภอ.....	จังหวัด.....		
สาเหตุการตายในใบมรณบัตร.....			
<input type="checkbox"/> ไม่มีรายงานการตาย (ระบุแหล่งข้อมูล).....			

2. ข้อมูลเด็กที่เสียชีวิต

เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
วันเกิด (ว/ด/ป)/..... /25.....	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อายุที่ตาย ___ ปี ___ เดือน	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ	ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ศาสนา <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม	อื่นๆ	ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เด็กอาศัยอยู่กับ <input type="checkbox"/> บิดา และ/หรือมารดา <input type="checkbox"/> ญาติอื่นๆที่ไม่ใช่บิดามารดา	ระบุ.....		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	ระบุ.....		
จำนวนผู้อาศัยในบ้านเดียวกับเด็กที่เสียชีวิต ทั้งหมด ___ คน	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
การศึกษาของเด็ก <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ไปโรงเรียน <input type="checkbox"/> ศูนย์เด็กเล็ก	สถานเลี้ยงเด็ก	หรือก่อนอนุบาล	<input type="checkbox"/> อนุบาล
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 4.มัธยมต้น <input type="checkbox"/> มัธยมปลายหรือปวช.	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

ประวัติพฤติกรรม พัฒนาการ และการเจ็บป่วย

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวเช่น การนั่ง ยืน เดิน วิ่ง ปีนป่าย
- ปกติ เหมือนหรือเร็วกว่าเด็กคนอื่น ช้ากว่าเด็กคนอื่น ไม่ทราบ
- พัฒนาการด้านการพูด
- ปกติ เหมือนหรือเร็วกว่าเด็กคนอื่น ช้ากว่าเด็กคนอื่น ไม่ทราบ
- พฤติกรรมทั่วไปของเด็กที่สังเกตเห็น
- ปกติเหมือนเด็กอื่น ซึม เฉื่อยช้ากว่าเด็กปกติ สน ไม่อยู่นิ่งมากกว่าเด็กปกติ
- ก้าวร้าว รุนแรง มากกว่าเด็กปกติ ผิดปกติอื่นๆ ระบุ..... ไม่ทราบ
- ท่านคิดว่าเด็กของท่านมีระดับสติปัญญา (ความฉลาดในการคิด อ่าน เขียน คำนวณ)
- ปกติ เหมือนหรือเร็วกว่าเด็กคนอื่น ช้ากว่าเด็กคนอื่น ไม่ทราบ
- เด็กเคยเกิดอุบัติเหตุรุนแรงจนต้องมาพบแพทย์ (ก่อนครั้งที่เป็นสาเหตุการตาย)
- เคย จำนวน _____ ครั้ง ไม่เคย ไม่ทราบ
- เด็กมีความพิการถาวร ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ประวัติการสงเคราะห์และคุ้มครอง

- เด็กมีประวัติถูกทำร้าย หรือเลี้ยงดูโดยมิชอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติเคยได้รับการประเมินโดยจนท. คุ้มครองเด็ก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติได้รับการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์มาก่อน ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- ครอบครัวของเด็กมีประวัติเคยได้รับการสงเคราะห์มาก่อน ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง

- เด็กมีประวัติสูบบุหรี่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติใช้สารเสพติดอื่นๆ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติมีเพศสัมพันธ์ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติขับขี่ยานยนต์เอง ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติเป็นคดีความมาก่อน (ยังไม่ตัดสิน หรือ ตัดสินคดีแล้ว) ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

สำหรับเด็กแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี

- อายุครรภ์ เดือน ครบกำหนด ก่อนกำหนด ไม่ทราบ
- น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม ไม่ทราบ
- การฝากครรภ์ ฝากครรภ์ ที่..... ไม่ได้ฝากครรภ์ ไม่ทราบ
- ระหว่างตั้งครรภ์มารดามีประวัติดังนี้หรือไม่
 - สูบบุหรี่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - ดื่มเหล้า เบียร์ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - ใช้สารเสพติดอื่นๆ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - ถูกทำร้ายร่างกาย ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - มีอาการแทรกซ้อน การเจ็บป่วย จากการตั้งครรภ์
 - ใช่ ระบุ..... ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- คลอดที่ ... โรงพยาบาล บ้าน อื่นๆระบุ..... ไม่ทราบ.....
- การคลอด คลอดปกติ ทางช่องคลอด ผ่า ใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือคีมหนีบ

3. ข้อมูลผู้เลี้ยงดูหลัก

ผู้เลี้ยงดูหลักคนที่ 1	ผู้เลี้ยงดูหลักคนที่ 2
ความสัมพันธ์กับเด็ก	ความสัมพันธ์กับเด็ก
<input type="checkbox"/> 1. บิดา <input type="checkbox"/> 2. มารดา <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย <input type="checkbox"/> 4. ลุงป้าน้าอา <input type="checkbox"/> 5. พี่น้องแท้ <input type="checkbox"/> 6.ญาติอื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ	<input type="checkbox"/> 1. บิดา <input type="checkbox"/> 2. มารดา <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย <input type="checkbox"/> 4. ลุงป้าน้าอา <input type="checkbox"/> 5. พี่น้องแท้ <input type="checkbox"/> 6. ญาติอื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ
ชื่อ-สกุล _____	ชื่อ-สกุล _____
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง
อายุ ปี เดือน	อายุ ปี เดือน
อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร <input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน <input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว <input type="checkbox"/> อาชีพอื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร <input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน <input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว <input type="checkbox"/> อาชีพอื่นๆ ระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
การศึกษา	การศึกษา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น <input type="checkbox"/> มัธยมปลายหรือปวช. <input type="checkbox"/> ปวส.หรืออนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น <input type="checkbox"/> มัธยมปลายหรือปวช. <input type="checkbox"/> ปวส.หรืออนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
พฤติกรรมเสี่ยง	พฤติกรรมเสี่ยง
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ใช้สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยต้องคดีความอื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ใช้สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ เคยต้องคดีความอื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

ความสัมพันธ์ของบิดามารดา

มีความสัมพันธ์ที่ดี หย่าร้าง หรือ แยกทาง อื่นๆ ระบุ.....

จำนวนบุตรทั้งหมด คน ผู้ตายเป็นคนที่

ในกรณีผู้เลี้ยงดูหลักไม่ใช่บิดา และ มารดา กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้วย

บิดา	มารดา
ชื่อ-สกุล _____	ชื่อ-สกุล _____
อายุ ปี เดือน	อายุ ปี เดือน
อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร	<input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร
<input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน
<input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน	<input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน
<input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน	<input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว	<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว
<input type="checkbox"/> อาชีพอื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อาชีพอื่นๆ ระบุ
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
การศึกษา	การศึกษา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมปลาย หรือ ปวช.	<input type="checkbox"/> มัธยมปลาย หรือ ปวช.
<input type="checkbox"/> ปวส.หรืออนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปวส.หรืออนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
พฤติกรรมเสี่ยง	พฤติกรรมเสี่ยง
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ใช้สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เคยต้องคดีความอื่นๆ ระบุ.....	เคยต้องคดีความอื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

4. เหตุการณ์ของอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต

สถานะผู้เล่าเหตุการณ์ 1. อยู่ในเหตุการณ์ 2. รับทราบจากคำบอกเล่า

<p>อุบัติเหตุเกิดที่</p> <p><input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> รอบๆบ้าน (ในเขตรั้วบ้าน) <input type="checkbox"/> โรงเรียน</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน เช่น ฟุงนา สวน ไร่ เหมืองแร่ แหล่งก่อสร้าง สำนักงาน และอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ถนน ทางเท้า ป้ายรถเมล์ สถานีขนส่ง <input type="checkbox"/> สถานที่ทำการค้าเช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่บันเทิงพักผ่อน เช่น สวนสนุก สวนสาธารณะ โรงภาพยนตร์ สถานเริงรมย์ ภัตตาคาร โรงแรม</p> <p><input type="checkbox"/> สนามกีฬา สระว่ายน้ำ (ที่ไม่ได้อยู่ในบ้านและโรงเรียน) <input type="checkbox"/> แหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น ทะเล แม่น้ำ บ่อคลอง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p>สถานที่เกิดเหตุ (ระบุที่ตั้ง)</p>
<p>เหตุเกิดเวลาใด _____ น. <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/> เช้า(06.00-12.00) <input type="checkbox"/> บ่าย(12.00-18.00) <input type="checkbox"/> เย็น(18.00-24.00) <input type="checkbox"/> หลังเที่ยงคืน(24.00-06.00)</p>
<p>สิ่งของ/สิ่งมีชีวิต ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ (ระบุยี่ห้อ บริษัทผู้ผลิต ที่ติดต่อให้ชัดเจน) เป็นต้น</p> <p>สิ่งของชนิดที่ 1 _____</p> <p>สิ่งของชนิดที่ 2 _____</p> <p>สิ่งของชนิดที่ 3 _____</p>
<p>ระบบการคุ้มครองดูแลขณะเกิดเหตุ</p> <p>ในขณะที่เกิดเหตุ มีผู้ดูแลอยู่ใกล้ขีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p>หากมี ผู้ดูแลอยู่ใกล้ขีดในขณะเกิดเหตุคือ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ปู่ย่าตายาย <input type="checkbox"/> ลุงป้าน้าอา</p> <p><input type="checkbox"/> พี่น้องแท้ <input type="checkbox"/>ญาติอื่นๆ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> อื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ _____</p> <p>เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ _____ ปี _____ เดือน</p> <p>ผู้ดูแลอยู่ใกล้ขีดในขณะเกิดเหตุ มีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none">● ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ ขณะดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ● ใช้สารเสพติดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ● เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ● เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ● เคยต้องคดีความอื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

ลำดับเหตุการณ์

เหตุการณ์ในวันนั้นก่อนเกิดเหตุ (เด็กอยู่ที่ใด กับใคร เด็กทำอะไรก่อนเกิดเหตุ ผู้ดูแลทำอะไรก่อนเกิดเหตุ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เหตุการณ์ทั้งหมดขณะเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต (อธิบายทุกขั้นตอนว่า เหตุเกิดอย่างไร เด็กบาดเจ็บอย่างไร ทำอะไรหลังจากนั้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รูปภาพ หรือ ภาพร่าง จุดเกิดเหตุ (บอกมาตรวัดหากมีความจำเป็น เช่นตึกที่สูง ให้วัดความสูงจากจุดตกด้วย)

ภายหลังเกิดการบาดเจ็บแล้ว ให้การปฐมพยาบาลโดยใคร? อย่างไร?

- ไม่ได้ทำการปฐมพยาบาล เพราะ
- ทำการปฐมพยาบาล โดย วิธีการที่ทำ
- ไม่ทราบ

ได้แจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลือจากผู้ใดหรือไม่

- ไม่ได้แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ขอความช่วยเหลือ จาก ไม่ทราบ

ภายหลังการปฐมพยาบาล ได้นำส่งพบแพทย์ โดยใคร? อย่างไร? ที่ใด

- ไม่ได้นำส่งพบแพทย์ สิ่งที่ทำ คือ
- นำส่งพบแพทย์ , โรงพยาบาล ผู้นำส่งคือ
- ไม่ทราบ

วิธีการนำส่ง

การรักษาพยาบาลหลังจากนั้น (เล่าตามให้ผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจ และรู้สึก) จนถึงการสูญเสียชีวิต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. แผนการดำเนินงานต่อเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการ CDD

การแก้ไขรายงานการตาย

- ต้องแก้ไขสาเหตุการตายในรายงานการตายหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- หากต้องแก้ไข สาเหตุการตายที่ถูกต้องคือ
.....
.....
- ได้ทำรายงานแจ้งเป็นทางการเพื่อขอให้แก้ไขสาเหตุการตายไปที่.....
วันที่.....เลขหนังสือ.....
อุปสรรคในการขอแก้ไขรายงานการตาย ไม่มี ไม่ทราบ
 มี ระบุ.....

การละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ ตามกฎหมายของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือการปฏิบัติบกพร่อง

- มีการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ หรือการปฏิบัติหน้าที่บกพร่อง ไม่มี ไม่ทราบ
 มี ระบุ.....
1.....
2.....
3.....
- ได้ทำรายงานแจ้งเป็นทางการเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ หรือ ให้ดำเนินการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย หรือแก้ไขการปฏิบัติหน้าที่ที่บกพร่อง
1. ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....
อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ
 มี ระบุ.....
2 ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....
อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ
 มี ระบุ.....
3. ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....
อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ
 มี ระบุ.....

ความจำเป็นในการช่วยเหลือเด็กอื่นในครอบครัว หรือ ชุมชน แรงด่วน

- ต้องช่วยเหลือเด็กอื่นใน ครอบครัว หรือ ชุมชน แรงด่วนหรือไม่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ใช่ ระบุ (ผู้รับผิดชอบ และกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ)

1.....

2.....

3.....

- ได้ทำรายงานแจ้งเป็นทางการเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และดำเนินการ

1. ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....

อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ

มี ระบุ.....

2 ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....

อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ

มี ระบุ.....

3. ไปที่.....วันที่.....เลขหนังสือ.....

อุปสรรค ไม่มี ไม่ทราบ

มี ระบุ.....

การดำเนินงานป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

- ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตายของเด็ก และจุดอ่อนของหน่วยงานในระดับชุมชน/ท้องถิ่น/จังหวัด/ประเทศ ที่มีผลต่อการเกิดปัจจัยเสี่ยงนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตายของเด็ก	จุดอ่อนของหน่วยงานในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ที่มีผลต่อการเกิดปัจจัยเสี่ยงนี้	จุดอ่อนของหน่วยงานในระดับ <u>จังหวัด/</u> <u>ประเทศ</u> ที่มีผลต่อการเกิดปัจจัยเสี่ยงนี้
พฤติกรรมของเด็ก 1.		
2.		
3.		
ระบบการคุ้มครอง/ปกป้องเด็ก 1.		
2.		
3.		
สิ่งแวดล้อมและผลิตภัณฑ์ 1.		
2.		
3.		

การดำเนินงานป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ (ต่อ)

- แนวทางการป้องกัน และหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้

แนวทางการป้องกัน	หน่วยงานในระดับ <u>ชุมชน/ท้องถิ่น</u> ที่ต้อง รับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้	หน่วยงานในระดับ <u>จังหวัด/ประเทศ</u> ที่ต้อง รับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้
การให้ความรู้ในระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม 1.		
2.		
3.		
การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในระดับครอบครัว/ชุมชน/สังคม 1.		
2.		
3.		
การปรับเปลี่ยนนโยบาย กฎหมาย และบรรทัดฐานสังคม 1.		
2.		
3.		

