บัญชีรายชื่อและตารางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง สอบสวน ณ ด่านควบคุมโรค.....

ส่วนราชการ/หน่วยบริการ .....

แนบท้ายคำสั่ง..... ที่..... / ..... ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	เวร	วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ประจำเดือน.....																																หมายเหตุ
				๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	
๑			ดึก																																	ให้ระบุเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละวันของแต่ละคน ว่าปฏิบัติงานตั้งแต่เวลาใด - สิ้นสุดเวลาใด โดยแต่ละเวรหรือผลัดจะต้องไม่น้อยกว่า ๘ ช.ม. (โดยให้ระบุ (/)ในช่องเวร ของแต่ละวัน)
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๒			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๓			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๔			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๕			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ

(.....)

บัญชีรายชื่อและตารางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ในพื้นที่มีความสี่ยง

ส่วนราชการ/หน่วยบริการ .....

แนบท้ายคำสั่ง..... ที่..... / ..... ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	เวร	วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ประจำเดือน.....																																หมายเหตุ
				๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	
๑			ดึก																																	ให้ระบุเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละวันของแต่ละคน ว่าปฏิบัติงานตั้งแต่เวลาใด - สิ้นสุดเวลาใด โดยแต่ละเวรหรือผลัดจะต้องไม่น้อยกว่า ๘ ช.ม. (โดยให้ระบุ (/)ในช่องเวร ของแต่ละวัน)
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๒			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๓			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๔			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๕			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ

(.....)

บัญชีรายชื่อและตารางปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัย ตรวจยืนยันตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย ผู้สัมผัส และผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ด้วยวิธีการต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนราชการ/หน่วยบริการ .....

แนบท้ายคำสั่ง..... ที่..... / ..... ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	เวร	วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ประจำเดือน.....																																หมายเหตุ
				๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑		
๑			ดึก																																	๑.ให้ระบุเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละวันของแต่ละคน ว่าปฏิบัติงานตั้งแต่เวลาใด - สิ้นสุดเวลาใด โดยแต่ละเวรหรือผลัดจะต้องไม่น้อยกว่า ๘ ช.ม. (โดยให้ระบุ (/)ในช่องเวร ของแต่ละวัน) ๒.เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหนึ่งผลัดประกอบด้วย นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ไม่เกิน ๒ คน และเจ้าหน้าที่อื่นไม่เกิน ๒ คน
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๒			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๓			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๔			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๕			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ

(.....)

บัญชีรายชื่อและตารางปฏิบัติงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการดูแลรักษาสัมผัสในสถานพยาบาลและสถานที่ที่กำหนดให้เป็นสถานที่กักกันผู้สัมผัส

ส่วนราชการ/หน่วยบริการ .....

แนบท้ายคำสั่ง..... ที่..... / ..... ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	เวร	วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ประจำเดือน.....																																หมายเหตุ
				๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑		
๑			ดึก																																	๑.ให้ระบุเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละวันของแต่ละคน ว่าปฏิบัติงานตั้งแต่เวลาใด - สิ้นสุดเวลาใด โดยแต่ละเวรหรือผลัดจะต้องไม่น้อยกว่า ๘ ช.ม. (โดยให้ระบุ (/)ในช่องเวร ของแต่ละวัน) ๒.งานดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับไว้ในสถานพยาบาลเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) และผู้ป่วยยืนยันว่าป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๒			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๓			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๔			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	
๕			ดึก																																	
			เช้า																																	
			บ่าย																																	

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/ผู้รับรอง ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ

(.....) (.....)