

แบบเก็บข้อมูล CDD/ สรุปลผล/ แผนการป้องกัน



หน่วยพิจารณาเหตุการตายในเด็ก Child Death Deliberation Unit

โดย คณะทำงานพิจารณาเหตุการตายในเด็ก
ในคณะกรรมการประเมินและติดตามผลการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก

1. ทะเบียน

กรณีการเสียชีวิตหมายเลข ว/ด/ป ที่บันทึก /..... /25.....
 ผู้บันทึก..... หน่วยงาน

ชื่อเด็ก.....นามสกุล..... ไม่ทราบ

รายงานการตาย ว/ด/ป ที่ตาย /..... /25..... ว/ด/ป เกิดเหตุ /..... /25.....
 รายงานจาก เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 สาเหตุการตายในใบมรณบัตร.....
 ไม่มีรายงานการตาย (ระบุแหล่งข้อมูล).....

2. ข้อมูลเด็กที่เสียชีวิต

เพศ ชาย หญิง ไม่ทราบ

วันเกิด (ว/ด/ป)/..... /25..... ไม่ทราบ อายุที่ตาย.....ปี.....เดือน ไม่ทราบ

สัญชาติ ไทย อื่นๆ ระบุ ไม่ทราบ

ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ ไม่ทราบ

เด็กอาศัยอยู่กับ บิดา และ/หรือมารดา ญาติอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดาระบุ.....
 อื่นๆ ระบุ.....

จำนวนผู้อาศัยในบ้านเดียวกับเด็กที่เสียชีวิต ทั้งหมด.....คน ไม่ทราบ

การศึกษาของเด็ก ยังไม่ได้ไปโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก สถานเลี้ยงเด็ก หรือก่อนอนุบาล อนุบาล
 ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย หรือ ปวช. อื่นๆ ระบุ..... ไม่ทราบ

ประวัติพฤติกรรม พัฒนาการ และการเจ็บป่วย

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวเช่น การนั่ง ยืน เดิน วิ่ง ปีนป่าย
 ปกติ เหมือนหรือเร็วกว่าเด็กคนอื่น ช้ากว่าเด็กคนอื่น ไม่ทราบ
- พัฒนาการด้านการพูด
 ปกติ เหมือนหรือเร็วกว่าเด็กคนอื่น ช้ากว่าเด็กคนอื่น ไม่ทราบ
- พฤติกรรมทั่วไปของเด็กที่สังเกตเห็น
 ปกติเหมือนเด็กอื่น ซึม เฉื่อยช้ากว่าเด็กปกติ ชน ไม่อยู่นิ่งมากกว่าเด็กปกติ
 ก้าวร้าว รุนแรง มากกว่าเด็กปกติ ผิดปกติอื่น ๆ 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
- เด็กมีประวัติเคยได้รับการประเมินโดย จนท.คุ้มครองเด็ก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติได้รับการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์มาก่อน ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- ครอบครัวของเด็กมีประวัติเคยได้รับการสงเคราะห์มาก่อน ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง

- เด็กมีประวัติสูบบุหรี่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- เด็กมีประวัติใช้สารเสพติดอื่น ๆ 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
 - ใช้สารเสพติดอื่น ๆ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - ถูกทำร้ายร่างกาย ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 - มีอาการแทรกซ้อน การเจ็บป่วย จากการตั้งครรภ์
 - ใช่ ระบุ..... ไม่ใช่ ไม่ทราบ
- คลอดที่ โรงพยาบาล..... บ้าน อื่น ๆ ระบุ..... ไม่ทราบ
- การคลอด คลอดปกติ ทางช่องคลอด ผ่า ใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือคีมหนีบ

3. ข้อมูลผู้เลี้ยงดูหลัก

ผู้เลี้ยงดูหลักคนที่ 1	ผู้เลี้ยงดูหลักคนที่ 2
<p>ความสัมพันธ์กับเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. บิดา <input type="checkbox"/> 2. มารดา <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ลุงป้าหน้าอา <input type="checkbox"/> 5. พี่น้องแท้</p> <p><input type="checkbox"/> 6. ญาติอื่น ๆ ระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ</p>	<p>ความสัมพันธ์กับเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. บิดา <input type="checkbox"/> 2. มารดา <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ลุงป้าหน้าอา <input type="checkbox"/> 5. พี่น้องแท้</p> <p><input type="checkbox"/> 6. ญาติอื่น ๆ ระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ</p>
<p>ชื่อ-สกุล _____</p>	<p>ชื่อ-สกุล _____</p>
<p>เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง</p>	<p>เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง</p>
<p>อายุ ปี เดือน</p>	<p>อายุ ปี เดือน</p>
<p>อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ</p>	<p>อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ</p>
<p><input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร</p>	<p><input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ประมง <input type="checkbox"/> กรรมกร</p>
<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน</p>	<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างรายวัน</p>
<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ</p>	<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนในราชการ/รัฐวิสาหกิจ</p>
<p><input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน</p>	<p><input type="checkbox"/> พนักงานประจำระดับผู้ปฏิบัติงานในบริษัทห้างร้านเอกชน</p>
<p><input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน</p>	<p><input type="checkbox"/> ผู้บริหารบริษัทห้างร้านเอกชน</p>
<p><input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ</p>	<p><input type="checkbox"/> ข้าราชการ พนักงานประจำ ในราชการ/รัฐวิสาหกิจ</p>
<p><input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว</p>	<p><input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการส่วนตัว</p>
<p><input type="checkbox"/> อาชีพอื่น ๆ ระบุ</p>	<p><input type="checkbox"/> อาชีพอื่น ๆ ระบุ</p>
<p><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>การศึกษา</p>	<p>การศึกษา</p>
<p><input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น</p>	<p><input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมต้น</p>
<p><input type="checkbox"/> มัธยมปลาย หรือ ปวช.</p>	<p><input type="checkbox"/> มัธยมปลาย หรือ ปวช.</p>
<p><input type="checkbox"/> ปวส. หรือ อนุปริญญา</p>	<p><input type="checkbox"/> ปวส. หรือ อนุปริญญา</p>
<p><input type="checkbox"/>ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p><input type="checkbox"/>ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>พฤติกรรมเสี่ยง</p>	<p>พฤติกรรมเสี่ยง</p>
<p>ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p>ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>ใช้สารเสพติดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p>ใช้สารเสพติดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p>เคยถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p>เคยทำร้ายผู้อื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>
<p>เคยต้องคดีความอื่น ๆ ระบุ.....</p>	<p>เคยต้องคดีความอื่น ๆ ระบุ.....</p>
<p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p>

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"/> อาชีพอื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> อาชีพอื่น ๆ 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. หรือ อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปวส. หรือ อนุปริญญา
<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
ใช้สารเสพติดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ใช้สารเสพติดอื่น ๆ <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
เคยต้องคดีความอื่น ๆ ระบุ.....	เคยต้องคดีความอื่น ๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

รูปภาพ หรือ ภาพร่าง จุดเกิดเหตุ (บอกมาตรวัดหากมีความจำเป็น เช่น ตกที่สูง ให้วัดความสูงจากจุดตกด้วย)

สรุปเหตุการณ์

<p>อุบัติเหตุเกิดที่</p> <p><input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> รอบ ๆ บ้าน (ในเขตรั้วบ้าน) <input type="checkbox"/> โรงเรียน</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน เช่น ฟู้ดพาร์ค สวน ไร่ เหมืองแร่ แหล่งก่อสร้าง สำนักงาน และอื่น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ถนน ทางเท้า ป้ายรถเมล์ สถานีขนส่ง <input type="checkbox"/> สถานที่ทำการค้า เช่น 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"/> อื่น ๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</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 ผู้ดูแลอยู่ใกล้ขีดในขณะที่เกิดเหตุคือ <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"/> ญาติอื่น ๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....</p> <p>เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ ปี..... เดือน</p> <p>ผู้ดูแลอยู่ใกล้ขีดในขณะที่เกิดเหตุ มีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none">• ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ• ใช้สารเสพติดอื่น ๆ <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• เคยต้องคดีความอื่น ๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

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	จุดอ่อนของหน่วยงานในระดับจังหวัด/ประเทศ ที่มีผลต่อการเกิดปัจจัยเสี่ยงนี้
พฤติกรรมของเด็ก		
1.		
2.		
3.		
ระบบการคุ้มครอง/ปกป้องเด็ก		
1.		
2.		
3.		
สิ่งแวดล้อมและผลิตภัณฑ์		
1.		
2.		
3.		

การดำเนินงานป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ (ต่อ)

- แนวทางการป้องกัน และหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้

แนวทางการป้องกัน	หน่วยงานในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ที่ต้อง รับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้	หน่วยงานในระดับจังหวัด/ประเทศ ที่ต้อง รับผิดชอบดำเนินการแนวทางป้องกันนี้
การให้ความรู้ในระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม		
1.		
2.		
3.		
การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในระดับครอบครัว/ชุมชน/สังคม		
1.		
2.		
3.		
การปรับเปลี่ยนนโยบาย กฎหมาย และบรรทัดฐานสังคม		
1.		
2.		
3.		

