|  |
| --- |
| واحد ارزیابی کننده: نام و نام خانوادگی ارزیاب: |
| شماره گزارش:1 تاریخ گزارش /دوره زمانی گزارش:  |
| سوال | راهنما | آخرین وضعیت: |
| نوع و شدت حادثه |  |
| نام منطقه جرقویه | ذکر دانشگاه، استان، شهر و روستا |  |
| سطح حادثه | بر اساس جدول سطح حادثه و اعلام EOC |  |
| تعداد فوتی | کل و به تفکیک منطقه با ذکر توزیع سنی جنسی | زن: 0 مرد:0 - زير 5 سال: - بالاي 5 سال: كل:- |
| تعداد مصدوم | زن: مرد:  |
| تعداد جمعیت تحت تاثیر | کل و به تفکیک منطقه |  |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| درصد | سازه‌اي | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| غيرسازه‌اي | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| عملكردي | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| آسیب به بیمارستان‌ها |  |
| آسیب به پرسنل | تعداد به تفکیک منطقه، واحد بهداشتی و رده خدمت | ------ |
| آسيب به زيرساخت‌ها | آسيب به جاده، برق، آب و مدرسه و . . .  | ----- |
| اقدامات مدیریتی انجام شده | مانند تشکیل کمیته بهداشت کارگروه و فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه |  |
| اقدامات بهداشتی انجام شده |  |
| اقدامات ساير سازمان‌ها | مانند هلال احمر، استانداري و . . . |  |
| مهمترین نیازهای بهداشتی | تعداد پرسنل، ‌تجهيزات، ملزومات و . . . | ---- |
| نیازهایی که باید فورا از سطح بالاتر پیگیری یا تامین شوند | می‌توانید از فرم برآورد نیاز نیز استفاده کنید. آنرا ضمیمه این فرم نمایید. | --- |
| احتمال وقوع مخاطرات بعدی در منطقه | مانند شکست سد متعاقب زلزله |  |
| سایر موارد مهم | لطفا ذکر نمایید. |  |

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