

ที่ ยธ ๐๗๐๘.๓/ ๗๐๖๖

ถึง เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานกักขัง

ตามหนังสือ กรมราชทัณฑ์ ที่ ยธ ๐๗๐๘/๒๒๐ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๕๐ เรื่อง รายงานข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขแจ้งให้เรือนจำ/ทัณฑสถานทุกแห่ง จัดส่งรายงานประกอบด้วยรายงานกิจการสถานพยาบาล รายงานโรคประจำเดือน รายงานโรคไม่ติดต่อ และรายงานผู้ต้องขังตายให้กรมราชทัณฑ์ทราบภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน นั้น

เนื่องด้วยในการรายงานผู้ต้องขังเสียชีวิตกรณีเจ็บป่วยที่ผ่านมา กองบริการทางการแพทย์พบว่าเรือนจำส่วนใหญ่มีการรายงานผลให้กรมราชทัณฑ์ทราบทันทีภายใน ๒๔ ชั่วโมง โดยถือปฏิบัติตามข้อสั่งการในหนังสือสำนักทัณฑวิทยา ที่ ยธ ๐๗๐๕.๑/๒๓๓๒๓ ซึ่งเป็นกรณีผู้ต้องขังเสียชีวิตแบบผิดธรรมชาติ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการและติดตามสถานการณ์กรมราชทัณฑ์ ณ ปัจจุบัน ในการนี้ ให้เรือนจำทุกแห่ง จัดส่งรายงานข้อมูลผู้ต้องขังเสียชีวิตกรณีเจ็บป่วย ให้กรมราชทัณฑ์ทราบ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เช่นเดียวกัน โดยบันทึกข้อมูลตามแบบรายงานผู้ต้องขังเสียชีวิตกรณีเจ็บป่วย ที่ส่งมาด้วยนี้ พร้อมขอยกเลิกแบบรายงานผู้ต้องขังตายในรายงานข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๙๖๗-๒๑๔๖ พร้อมทั้งรายงานรายละเอียดของการเสียชีวิตทางหนังสือให้กรมฯทราบตามปกติด้วย



กองบริการทางการแพทย์

โทร/โทรสาร๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓

แบบรายงานผู้ต้องขังเสียชีวิต(กรณีเจ็บป่วย) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

เรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานกักขัง.....

๑. <u>ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องขังเสียชีวิต</u>

ชื่อ- สกุล .....เพศ.....

อายุ..... ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....

คดีที่ ๑ ..... กำหนดโทษ.....

เหลือโทษจำคุก .....วันพ้นโทษ .....

คดีที่ ๒ .....

๒. <u>ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต</u>

๒.๑ เสียชีวิตเมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ..... เวลา .....

๒.๒ สถานที่เสียชีวิต

○ เสียชีวิตในเรือนจำ ..... สถานที่ .....

○ เสียชีวิตนอกเรือนจำ ..... สถานที่ .....

๒.๓ ผลการชันสูตรพลิกศพ (ระบุ).....

๒.๔ ประวัติการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต.....

๒.๕ ประวัติการรักษาตัวที่สถานพยาบาลเรือนจำ .....

๒.๖ ประวัติการรักษาตัวโรงพยาบาลนอกเรือนจำ .....

๒.๗ ญาติติดใจสงสัยในสาเหตุการเสียชีวิตหรือไม่ .....

๒.๘ การดำเนินการเกี่ยวกับศพ

○ ส่งศพไปดำเนินการตรวจพิสูจน์ที่ .....

○ ญาติรับศพไปบำเพ็ญกุศลตามประเพณี .....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง .....

กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน กองบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐๒-๙๖๗-๓๓๕๓ โทรสาร ๐๒-๙๖๗-๒๑๔๖