Приложение № 5 к распоряжению

Департамента здравоохранения

Томской области

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г. №\_\_\_\_

**Сведения о пострадавших от лесных пожаров в пожароопасный период в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование муниципального образования)

По состоянию на . . 2014г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Количество очагов природных пожаров** | **Пострадало** | | | | | | | **Погибло** | | | | | | |
| Всего | За отчетные сутки | Из них | | | | | Всего | За сутки | Из них | | | | |
| взрослые | дети до 17 лет | беременные | с поражением бронхо-лёгочной системы | с поражением сердечно-сосудистой системы | взрослые | дети до 17 лет | беременные | с поражением бронхо-лёгочной системы | с поражением сердечно-сосудистой системы |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Госпитализировано** | | | | | | | **Амбулаторная помощь** | | | | | | |
| Всего | За отчетные сутки | Из них | | | | | Всего | За сутки | Из них | | | | |
| взрослые | дети до 17 лет | беременные | с поражением бронхо-лёгочной системы | с поражением сердечно-сосудистой системы | взрослые | дети до 17 лет | беременные | с поражением бронхо-лёгочной системы | с поражением сердечно-сосудистой системы |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Эвакуировано (указать место эвакуации)** | | | | | **Размещено в пунктах временного размещения**  **(указать место размещения)** | | | | **Медицинское обеспечение пункта временного размещения** | | | |
| Всего | За отчетные сутки | Из них | | | Всего | За отчетные сутки | Из них | |
| взрослые | дети до 17 лет | беременные | взрослые | дети до 17 лет | врач | фельдшер | а/м | укладка |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подпись, должность и контактный телефон лица, заполнившего форму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_