附件2

灾情、救灾防病情况统计表

填报单位：（公章） 统计截至日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受灾基本情况 | | | 卫生部门受灾情况 | | | | | | | | | | | | | | 救灾防病情况 | | | | | | |
| 受灾人数 | 受伤人数 | 死亡人数 | 损失金额（万元） | 倒塌房屋 | | | 造成危房 | | | 损失药物器械 | | | 损失大型设备 | | | | 派出医疗防疫队 | | 发放消杀药械 | | 救治伤病人数 | 消毒面积（平方米） | 发放宣传材料（份） |
| 数量 | | 折合金额（万元） | 数量 | | 折合金额（万元） | 其中 | | 折合金额（万元） | 其中 | | | 折合金额（万元） | 支 | 人数 | 药品（万元） | 器械（万元） |
| 间 | 平方米 | 间 | 平方米 | 药物（万元） | 器械（万元） | X  光机 | CT、核磁 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：在填写损失药物器械一栏时，请在此注明药物名称、器械名称。

填报人： 联系电话