**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่xxxxxxx**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่xxxxxx

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพสต./กอง, ส่วนสาธารณสุขของอปท./ รพ. มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก ปี 25xx ในปีงบประมาณ 25 xx โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ xxxxxxxx เป็นเงิน xxxxxx บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**หลักการและเหตุผล**

**.......................................................**

**1.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่และกระตุ้นให้ไปฝากครรภ์เร็วที่สุด (ท้องปุ๊บ ฝากปั๊ป) จำนวน XX คน

 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ จำนวน xx คน และครอบครัวมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเองขณะตั้งครรภ์

3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด จำนวน xx คน ได้รับการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเสี่ยง

**2. วิธีดำเนินการ**

1. กิจกรรมค้นหาหญิงตั้งครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ไวก่อน 12 สัปดาห์ มีวิธีดำเนินการดังนี้

 - สร้างความเข้าใจผลดีการฝากครรภ์เร็วผ่านเสียงตามสายของชุมชนและป้ายประชาสัมพันธ์

 - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการออกสำรวจทุกเดือน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (พร้อมตรวจการตรวจตั้งครรภ์ด้วยแผ่นทดสอบปัสสาวะ) เพื่อจัดทำทะเบียน ประเมินอายุครรภ์ ให้คำแนะนำและทำใบส่งตัวเพื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

 - จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายเก่าหรือรายที่เจ้าหน้าที่ไม่เคยทราบมาก่อน เพื่อการเฝ้าระวังและติดตาม

2. จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

 - การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 ชั่วโมง

 - ความรู้ด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ชั่วโมง

 - ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์ จำนวน 1 ชั่วโมง

3.การเยี่ยมดูแล เฝ้าระวังและติดตามภาวะเสี่ยง

- เจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม.ทบทวนทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการออกเยี่ยม

- แจ้งหญิงตั้งครรภ์ถึงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน ขออนุญาตดูรายละเอียดการฝากครรภ์จากสมุดบันทึกสุขภาพสีชมพู และหากจำเป็นขออนุญาตหญิงตั้งครรภ์ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

- การเยี่ยมดูแล การเฝ้าระวัง ติดตาม มีแนวปฏิบัติดังนี้

 -กรณีหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ที่ความเสี่ยงต่ำ: ติดต่อสอบถามทุกครั้งหลังจากหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และออกเยี่ยม 1 ครั้งก่อนไปฝากครรภ์ครั้งต่อไป โดยการซักถามอาการ การตรวจร่างกาย เช่น ตรวจครรภ์ วัดความดันโลหิต แนะนำการดูแลตนเองตามอายุครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร การกินยา (ธาตุเหล็ก ไอโอดีนและโฟลิก) การพักผ่อน อาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉิน ช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่หรือโรงพยาบาล

 -กรณีหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูง: ติดต่อสอบถามทุกครั้งหลังจากหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และขออนุญาตประสานข้อมูลกับโรงพยาบาล สอบถามอาการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจครรภ์ วัดความสูงของยอดมดลูก ตรวจดูภาวะบวมที่ขาและเท้า ตรวจไข่ขาวในปัสสาวะโดยใช้แผ่นตรวจปัสสาวะ แนะนำการดูแลตนเองตามอายุครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร การกินยา การพักผ่อน อาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉิน ช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่หรือโรงพยาบาล

กรณีหญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตเพิ่มมากกว่าปกติหรือสูง ทำการเฝ้าระวังและติดตามทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งหรือมากกว่า เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ทั้งนี้อาจให้หญิงตั้งครรภ์และญาติดำเนินการเองโดยให้ยืมเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และแผ่นตรวจไข่ขาวในปัสสาวะ พร้อมบันทึกผล ติดต่อปรึกษาหารือกับแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อการดูแลและส่งต่อที่เหมาะสม

 -กรณีหญิงหลังคลอด: ออกเยี่ยมอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อตรวจดูแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลา ตรวจดูเต้านม แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับประทานอาหาร การกินยา

 4. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการพร้อมแนบแบบรายงาน ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่xxxx

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

 ระหว่างเดือน xxxxx พ.ศ. 25xx – เดือนxxxxxx พ.ศ. 25xx

**4. สถานที่ดำเนินการ**

 พื้นที่รับผิดชอบของตำบลxxx

**5. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่xxxxxxxxxxx จำนวน xxxxxx บาท รายละเอียด ดังนี้

 1. กิจกรรมการค้นหา เยี่ยมดูแล เฝ้าระวังและติดตาม

 - ค่าบริการการค้นหา เยี่ยมดูแล เฝ้าระวังและติดตาม จำนวน XXX คนๆ ละ 50 บาท เป็นเงิน XXX บาท

 - ค่าแผ่นตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ จำนวน X ขวด เป็นเงิน XXX บาท

 - ค่าแผ่นตรวจปัสสาวะทดสอบโปรตีน จำนวน X ขวด เป็นเงิน XXX บาท

 - ค่าป้ายสุขศึกษา ขนาด 1.2 x 2.5 เมตร ราคาตารางเมตรละ xxx บาท เป็นเงิน xxxxx บาท

 2. กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

 - ค่าอาหารกลางวัน สำหรับกลุ่มเป้าหมายและผู้ดำเนินงาน จำนวน xx คน ๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน xx มื้อ

 เป็นเงิน xxxxx บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับกลุ่มเป้าหมายและผู้ดำเนินงาน จำนวน xx คน ๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน

 xx มื้อ เป็นเงิน xxxxx บาท

 - ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน xx ชั่วโมงๆละ xxx บาท เป็นเงิน xxxxx บาท

 - ค่าถ่ายเอกสารประกอบการอบรม จำนวน xx เล่ม ๆ ละ xx บาท เป็นเงิน xxxxx บาท

 หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายทุกรายการถัวเฉลี่ยได้

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้และสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
2. หญิงตั้งครรภ์คลอดอย่างปลอดภัย และลูกเกิดรอด

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลxxxxx

 🗹 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

 🗹 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

 🗹 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

 🗹 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 🗹 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🞎 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🞎 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🞎 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🞎 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🞎 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🞎 7.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

 🞎 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ).................................................................................................................

แบบรายงานส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ/สกุลหญิงตั้งครรภ์ | เลขประชาชน | ที่อยู่ปัจจุบัน | โทรศัพท์ | ร่วมกิจกรรม รร.พ่อแม่ | เยี่ยมบ้าน เฝ้าระวัง ติดตาม ครั้งที่ (ลงลายมือชื่อ) |
| จำนวนคน | ลายมือชื่อ | 1 | 2 | 3 | …… | …… | …… | …… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |