

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่

เรื่อง ขอเสนอ โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเยาวชนมุสลิม

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่

ด้วย ชุมชนตลาดใหม่ เทศบาลตำบลนาประดู่ มีความประสงค์จะจัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเยาวชนมุสลิม ในปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่ เป็นเงิน 24,000 บาท โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

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

1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อบริการทำขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชายแก่เด็กและเยาวชนมุสลิมในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาประดู่
2. เพื่อรณรงค์และสร้างความตระหนัก ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค
3. เพื่อให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่เทศบาลนาประดู่สามารถเข้าถึงด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค

2. วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมคณะกรรมการ และคณะทำงานสุขภาพเทศบาลตำบลนาประดู่ เพื่อวางแผนดำเนินโครงการ
2. ประชาสัมพันธ์ลงพื้นที่ สสำรวจและรับสมัครเด็กและเยาวชนเข้าร่วมโครงการ
3. ดำเนินการเพื่อบริการเข้าสู่ศูนย์เด็กและเยาวชน
4. สรุปผล

3. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน – พฤษภาคม 2560

4. สถานที่ดำเนินการ

มัสยิดชุมชนตลาดใหม่

5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่
จำนวน 24,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

1.ค่ายาชา	เป็นเงิน 100 บาท
2.ค่าถุงมือ	เป็นเงิน 20 บาท
3.ค่าเข็ม	เป็นเงิน 10 บาท
4.ค่าไหม	เป็นเงิน 150 บาท
5.ค่า Set sterile	เป็นเงิน 25 บาท
6.ค่า Betadine 30 cc	เป็นเงิน 25 บาท
7.ค่า Elastit	เป็นเงิน 20 บาท
8.ค่า Bactigras	เป็นเงิน 20 บาท
9.ค่า GauZu 2 ซอง	เป็นเงิน 20 บาท
10.ค่าไบมิด	เป็นเงิน 10 บาท
11.ค่าหัตถการ	เป็นเงิน 400 บาท

จำนวน 30 คนๆละ 800 บาท เป็นจำนวนเงิน 24,000 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน)

หมายเหตุ สามารถถ้วนเฉลี่ยได้ทุกรายการ

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กและเยาวชนมุสลิมได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ สามารถลดภาวะเสี่ยงของการออกเลือด รวมทั้งสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อ

สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

1. หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯพ.ศ. 2557ข้อ7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....

- 1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 1.4 หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

- 2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ7 (1)]
- 2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/ หน่วยงานอื่น [ข้อ 7 (2)]
- 2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก /ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7 (3)]
- 2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุน ฯ [ข้อ 7 (4)]
- 2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7 (5)]

3. กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

- 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- 3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- 3.4 กลุ่มวัยทำงาน
- 3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
- 3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- 3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

- 4.4 กลุ่มวัยทำงาน
 - 4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - 4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
 - 4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - 4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 4.4.9 อื่น ๆ (ระบุ).....


- 4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
 - 4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
 - 4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
 - 4.5.1.8 อื่น ๆ (ระบุ).....

- 4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - 4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
 - 4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 4.5.2.9 อื่น ๆ (ระบุ).....

- 4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
 - 4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
 - 4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
 - 4.6.8 อื่น ๆ (ระบุ).....

- 4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
 - 4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 4.7.6 อื่น ๆ (ระบุ).....

- 4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุน ฯ [ข้อ 7 (4)]
 - 4.8.1 อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
(.....นายสุไลมาน เจ๊ะและ.....)
ตำแหน่ง.....ประธานกลุ่มชุมชนตลาดใหม่.....
วันที่-เดือน-พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่
ครั้งที่ 2 / 2560 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2560 ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

- อนุมัติงบประมาณ** เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 24,000 บาท
เพราะ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม ป้องกันโรค และสามารถลดภาวะเสี่ยงของการออกเลือดได้
- ไม่อนุมัติงบประมาณ** เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....
.....
.....

- ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่
หลังจากดำเนินโครงการแล้วเสร็จ

ลงชื่อ

(นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ.