

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ อสม.รวมพลัง เผื่อระวังการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง ตำบลคลองขุด

#### ๑. ผลการดำเนินงาน

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง ได้จัดทำโครงการ อสม.รวมพลัง เผื่อระวังการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง ตำบลคลองขุด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ สนับสนุนการดำเนินงานเผื่อระวัง สบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดยจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ตามแนวทางในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมที่ ๒ จัดอบรม ให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในการส่งยา อุปกรณ์ในการดูแลตัวเอง ระบบการดูแลติดตามอาการของผู้ติดเชื้อที่บ้าน หรือ Home Isolation

กิจกรรมที่ ๓ จัดทีมลงพื้นที่โดยแบ่งเป็นชุมชนทั้งหมด ๒ ชุมชน ประกอบด้วย

-ชุมชนบ้านหน้าเมือง

-ชุมชนมิตรสัมพันธ์

-ชุมชนสนามบิน

เพื่อส่งยา อุปกรณ์ในการดูแลตัวเอง (ถุงหิ้วโย) การดูแลติดตามอาการของผู้ติดเชื้อที่บ้าน หรือ Home Isolation

กิจกรรมที่ ๔. ประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการ และรายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุดทราบ

จากการดำเนินกิจกรรมส่งยา อุปกรณ์ในการดูแลตัวเอง (ถุงหิ้วโย) การดูแลติดตามอาการของผู้ติดเชื้อที่บ้าน หรือ Home Isolation ในพื้นที่หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง มีทั้งหมด ๑๕๖ คน ผู้ชาย ๖๕ คน ผู้หญิง ๙๑ คน เดือนมกราคม ๒๕๖๕ ทั้งหมด ๒๐ คน ผู้ชาย ๖ คน ผู้หญิง ๑๔ คน เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ทั้งหมด ๑๕ คน ผู้ชาย ๑๕ คน ผู้หญิง ไม่มี เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ทั้งหมด ๖๘ คน ผู้ชาย ๒๘ คน ผู้หญิง ๔๐ คน เดือนเมษายน ๒๕๖๕ ทั้งหมด ๑๖ คน ผู้ชาย ๑๖ คน ผู้หญิง ไม่มี เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ทั้งหมด ๓๗ คน ผู้ชาย ไม่มี ผู้หญิง ๓๗ คน

#### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ .....

#### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๓๐,๗๒๕..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๓๐,๗๒๕..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....๐.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

.....

ลงชื่อ สุรพรทิพย์ พิเศษอุดม ผู้รายงาน

(.....นางสาวพรรณรัตน์ พันธุ์พงษ์...)

ตำแหน่ง .....ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ ๖ บ้านหน้าเมือง.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. 6 กันยายน 2565