**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งนุ้ย**

**เรื่อง** ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ปี ๒๕๖๐

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งนุ้ย

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านควนบ่อทอง มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ปี ๒๕๖๐โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งนุ้ย เป็นเงิน ๒๒,๖๐๐ บาท (-เงินสองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน-) โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

๑**. หลักการและเหตุผล**

โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ ซึ่งได้ระบุไว้ในแผนงานอาหารและโภชนาการแห่งชาติมาตั้งแต่ฉบับแรก กระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามที่จะดำเนินการควบคุมป้องกันมาตลอดโดยจัดตั้งระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์สารอาหารที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง และพบได้บ่อยคือ การขาดธาตุเหล็ก เพราะธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสังเคราะห์ฮีโมโกบินซึ่งทำหน้าที่จับกับออกซิเจนและส่งให้ทุกเซลในร่างกาย หญิงมีครรภ์ถ้าขาดธาตุเหล็กทำให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีผลกระทบถึงพัฒนาการเด็กและสติปัญญาในการเรียนรู้ต่ำ ส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจากมีการสูญเสียธาตุเหล็กไปกับประจำเดือน ประมาณ ๑๒.๕-๑๕ มิลลิกรัมต่อเดือน หรือเฉลี่ยวันละ ๐.๔-๐.๕ มิลลิกรัม ซึ่งปกติ ร่างกายจะสูญเสียธาตุเหล็กจากการขับถ่ายวันละ ๐.๕-๑.๐ มิลลิกรัม และยังมีการสูญเสียธาตุเหล็กออกไปทาง ปัสสาวะ ผิวหนัง บาดแผล และการบริจาคโลหิต หากหญิงวัยเจริญพันธุ์ขาดธาตุเหล็กในระยะก่อนตั้งครรภ์ จะส่งผลเมื่อตั้งครรภ์ ต่อการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและสมองของทารกในครรภ์ มีพัฒนาการด้านร่างกายล่าช้า และสติปัญญาต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องทำให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ

ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านควนบ่อทอง ปี ๒๕๕๙ มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ ๗.๓๒ ซึ่งถือว่ายังปกติตามเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นกว่าเดิม จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านควนบ่อทอง จึงได้จัดทำโครงการแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นเพื่อลดภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ควรมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการขาดธาตุเหล็กในวงกว้างให้ครอบคลุมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการคัดกรองภาวะซีดก่อนตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง และสามารถป้องกันเพื่อลดภาวะโลหิตจางเมื่อตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากหญิงหญิงมีครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธ์เป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญและส่งผลต่อทารกและเด็กซึ่งเป็นเยาวชนของชาติ โดยมุ่งเน้นให้ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาชุมชนด้วยตนเอง อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการต่อไป

**๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๑. เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

๒. เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์

**เป้าหมาย**  
 ๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน ๒๐ คู่

## ๒. กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ๑๕-๔๔ ปี ในพื้นที่ จำนวน ๗๕ คน

๓. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในเขตรับผิดชอบ(เฉพาะผู้หญิง) จำนวน ๕๑ คน

**๓. วิธีดำเนินการ**

๑. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงาน

๒. จัดทำแผนงานในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

๓. จัดทำโครงการเสนอเพื่อขออนุมัติ

๔. ดำเนินงานตามโครงการ

๕. ควบคุม กำกับงานตามโครงการ

๖. ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ

## กิจกรรมการดำเนินงาน

## ๑. จัดการประชุมพ่อแม่ที่มีการตั้งครรภ์รายใหม่+รายเก่า เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการเป็นพ่อแม่โดยใช้หลักสูตรตามแผนการสอนของโรงเรียนพ่อแม่ และการเข้ารับการฝากครรภ์ให้ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

## ๒. จ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทั้งในกลุ่มรายใหม่และรายเก่า

## ๓. จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ เรื่อง

## - แนวทางควบคุมป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

## - ผลกระทบการขาดธาตุเหล็ก

## - อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง

## ๔. ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๖๐

**๕. สถานที่ดำเนินการ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านควนบ่อทอง **๖. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งนุ้ยจำนวน ๒๖,๐๐๐ บาท (-เงินสองหมื่นหกพันบาทถ้วน-) รายละเอียด ดังนี้

๑. กิจกรรมจัดอบรมหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน ๒๐ คู่ (๔๐คน)

๑.๑ ค่าอาหารกลางวันและเครื่องดื่ม ๑ มื้อๆละ ๕๐ บาท จำนวน ๔๐ คน เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท

๑.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๔๐ คน เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท

๑.๓ ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท รวมกิจกรรมที่ ๑ เป็นเงิน ๕,๘๐๐ บาท

๒. กิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน ๗๕ คน

๒.๑ ค่าอาหารกลางวันและเครื่องดื่ม ๑ มื้อๆละ ๕๐ บาท จำนวน ๗๕ คน เป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท

๒.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๗๕ คน เป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท

๒.๓ ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

รวมกิจกรรมที่ ๒ เป็นเงิน ๙,๓๐๐ บาท

๓. กิจกรรมจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน ๕๑ คน

๓.๑ ค่าอาหารกลางวันและเครื่องดื่ม ๑ มื้อๆละ ๕๐ บาท จำนวน ๕๑ คน เป็นเงิน ๒,๕๕๐ บาท

๓.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๕๑ คน เป็นเงิน ๒,๕๕๐ บาท

๓.๓ ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

รวมกิจกรรมที่ ๓ เป็นเงิน ๖,๙๐๐ บาท

๔. ค่าไวนิล ขนาด ๑x๔ ตรม.ๆ ละ ๑๕๐ บาท จำนวน ๑ ผืน เป็นเงิน ๖๐๐ บาท

รวมทั้งสิ้นทุกกิจกรรม ๒๒,๖๐๐ บาท (-เงินสองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน-)

**หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้**

**๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ได้ และมีความปลอดภัยจาก ภาวะโลหิตจาง

๒. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกขณะอยู่ในครรภ์และขณะคลอด

๓. หญิงวัยเจริญพันธุ์เกิดความรู้ความเข้าใจ ปรับแนวคิดและให้ความสำคัญในการตื่นตัวต่อการมาฝากครรภ์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

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

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ...........................................................................................................................

8.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

8.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

8.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

8.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

8.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

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

8.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

8.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

8.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

8.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

8.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

8.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

8.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

8.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

8.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

8.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

8.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

8.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

8.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

8.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

8.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

8.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

8.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

8.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

8.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

8.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

8.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

8.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

8.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

8.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

8.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

8.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

8.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

8.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

8.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

8.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

8.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

8.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

8.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

8.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

8.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

8.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

8.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

8.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

8.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

8.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

8.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

8.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

8.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

8.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

8.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(.................................................................)

ตำแหน่ง ............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณอื่นๆที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ลงชื่อ ............................................................... ผู้รับรอง/โครงการ/กิจกรรม

(.................................................................)

ตำแหน่ง ............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................  
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน .............................................. บาท

เพราะ .........................................................................................................................................................

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

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .........................................................................................................................................................

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

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

(..................................................................)

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ปี ๒๕๖๐

**1. ผลการดำเนินงาน**

## ๑. อบรมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน ๒๐ คู่ (๔๐คน) จากเป้าหมาย ๒๐ คู่ (๔๐คน) คิดเป็นผลงานร้อยละ ๑๐๐

## ๒. อบรมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ๑๕-๔๔ ปี ในพื้นที่ จำนวน ๗๕ คน จากเป้าหมาย ๗๕ คน คิดเป็นผลงานร้อยละ ๑๐๐

## ๓. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๕๑ คน จากเป้าหมาย ๕๑ คน คิดเป็นผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...............................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑๖๖ คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................๒๒,๖๐๐.................. บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................๒๒,๖๐๐.................. บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎 ไม่มี

🞎 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

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

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

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ......................................................................................................................

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

ลงชื่อ.........................................................................ผู้รายงาน

(.........................................................................)

ตำแหน่ง .....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................