

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ

โครงการป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย อนามัยสมบูรณ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

#### ๑. ผลการดำเนินงาน

๑.๑หญิงตั้งครรภ์ได้เข้ารับการอบรมตามโครงการป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอด แม่  
ปลอดภัย อนามัยสมบูรณ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๓๐ คน

๑.๒ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซีดขณะตั้งครรภ์  
และซีดใกล้คลอด

๑.๓ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดลดลงคิดเป็นร้อยละ ๒๐

#### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

#### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๔๘,๔๐๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... ๔๑,๔๐๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ ..๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....๗,๐๐๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ ..๑๔.๕๖.....

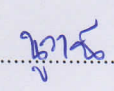
#### ๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

( นางสาวนุวานี มามะ )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๐