

ส่วนที่ ๓ แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.... โครงการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์สำหรับ อสม.เพื่อคัดกรอง

โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่หมู่ที่ ๑๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕.....

๑ ระยะเวลาดำเนินการ

๑ เมษายน -๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒ กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ไม่ป่วย จำนวน ๓๒๘ คน

๓ สรุปกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ

๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต จำนวน ๓๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๘

๑.๑ พบเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๕๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๔๒

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ค่าเป้าหมาย/เกณฑ์	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิต	๓๑๒ คน หรือร้อยละ ๙๕	๓๐๔ ร้อยละ ๙๒.๖๘ ไม่ผ่านเกณฑ์

๕. สรุปการใช้งบประมาณ

๕.๑ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร จำนวนทั้งสิ้น ...๑๒,๑๐๐.. บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ งบประมาณที่ใช้จริง จำนวนทั้งสิ้น .....๑๒,๑๔๑.. บาท ดังรายการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๓๓  
ดังรายการ

กิจกรรมที่ ๑ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปและติดตามกลุ่มเสี่ยง  
รายละเอียดที่จ่าย

๑. ค่าเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องละ ๓,๕๐๐บาท X ๒ เครื่องเป็นเงิน ๗,๐๐๐ บาท

๒. ค่าเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องละ ๒,๕๐๐บาท X ๑ เครื่องเป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

๓. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม มีอละ ๒๕ บาท X ๘ คน X ๓ ครั้ง เป็นเงิน ๖๐๐ บาท

กิจกรรมที่ ๒ ป้ายประชาสัมพันธ์

รายละเอียดการจ่าย

๑. ค่าไว้นิลประชาสัมพันธ์โครงการ ๕๗๐ บาท

๒. ค่าวัสดุและเอกสาร เป็นเงิน ๑,๔๗๑ บาท

๕.๓ งบประมาณคงเหลือจำนวนทั้งสิ้น .....๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ ๐

๖. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

๖.๑ วันเวลาในการตัดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายไม่ได้อยู่ในพื้นที่,

๖.๒ ผู้มารับบริการไม่เห็นความสำคัญมารับบริการ

๗. แนวทางการพัฒนาและแนวทางการปรับปรุงงาน

๗.๑ จัดกิจกรรมในวันราชการและวันหยุดราชการ

๗.๒ เพิ่มจำนวนวันการจัดกิจกรรม

ลงชื่อ ..... ลำดวน อินไชยทอง ..... ผู้รายงานโครงการ  
(นางลำดวน อินไชยทอง)  
ตำแหน่ง ..... ป/ร.อ. ๑ ค.ว. พ. 11 .....  
วันที่-เดือน-พ.ศ. .... ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕ .....

ลงชื่อ ..... จิรสิน ..... ผู้ตรวจสอบ  
(..... นายจิรสิน เสาวธารพงศ์ .....)  
ตำแหน่ง ..... เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ .....  
วันที่-เดือน-พ.ศ. .... ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕ .....

ลงชื่อ .....  ..... รับทราบ  
(นายสังเวียน หลัดเกลี้ยง)  
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้ำขาว  
วันที่-เดือน-พ.ศ. .... ๓๐ ธ.ค. ๒๕๖๕ .....