

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลด หวาน มัน เค็ม ในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานด้วย

วิธีการ ๓ อ ๒ ส

- ดำเนินการแล้ว     ยังไม่ได้ดำเนินการ     จะดำเนินการวันที่.....  
 ไม่ดำเนินการ ขอส่งเงินคืนเต็มจำนวน

๑. ผลการดำเนินงาน

๑.จากการติดตามการบันทึกในสมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานใช้เครื่องมือในการติดตามค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง

๒.กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่เป็นกลุ่มป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง แสดงข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตผู้เข้าร่วมโครงการก่อน และ หลัง เข้าร่วมโครงการ

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
		ค่าความดันโลหิต	ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	ค่าความดันโลหิต	ค่าระดับน้ำตาลในเลือด
๑	นางพิมพ์ร สมานธิ	๑๖๒/๙๓	๑๔๐(กิน)	๑๕๔/๘๑	๑๔๒(กิน)
๒	นางอาบ อ่อนสง	๑๕๓/๗๓	๑๕๐ (กิน)	๑๑๙/๕๔	๑๑๔ (กิน)
๓	นางยุพิน ชูพล	๑๕๑/๘๓	๑๑๘ (กิน)	๑๓๔/๘๓	๑๒๗(กิน)
๔	นางสมศรี คงหมื่น	๑๖๑/๘๗	๑๔๕ (กิน)	๑๔๙/๗๘	๑๔๖(กิน)
๕	นางเรณู แก้วลาย	๑๔๖/๖๗	๑๒๖ (กิน)	๑๓๒/๗๕	๑๑๒ (กิน)
๖	นางละมัย เต็มพร้อม	๑๓๐/๘๐	๘๕ (งด)	๑๓๑/๖๙	๑๐๐ (กิน)

จากตาราง กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเป็นกลุ่มป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวนกลุ่มเสี่ยง ๖ ราย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓ อ ๒ ส กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๑ ราย กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน ๕ ราย จากการติดตามการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าระดับน้ำตาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถควบคุมได้ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน ๔ ราย ควบคุมความดันโลหิตเป็นกลุ่มปกติ

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๑๐ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๓,๘๗๖ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๓,๘๗๖ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

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

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี  
 มี

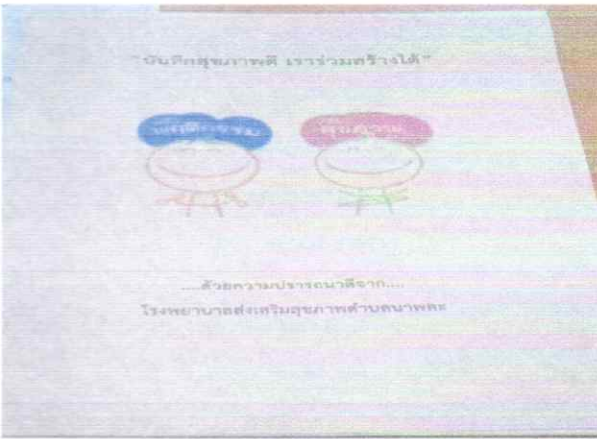
ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข

(ระบุ).....


๕. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน







ผู้รายงาน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รายงาน  
(นางสาวสมญา แก้วละเอียต)  
ตำแหน่ง ประธานชมรม อสม. ต.นาพละ  
วันที่-เดือน-พ.ศ. .... 22 ก.ย. 66 .....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลนาพละ

- เพื่อโปรดทราบ
- ผู้เสนอขอรับงบประมาณจากกองทุนฯ ได้รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
- ตรวจสอบถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

เจ้าหน้าที่ อปท./คณะทำงานฝ่ายแผนงาน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....