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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงหนูน้อย SMART KIDS

**1.ผลการดำเนินงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัด** | ผลการประเมินตามตัวชี้วัด |
| ข้อที่ 1 เพื่อให้เด็ก Smart kids ปีได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด มีภาวะโภชนาการส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน มีพัฒนาการสมวัยและฟันไม่ผุ | 1. เด็ก Smart kids ผ่าน ครบทั้ง 4 ด้าน (วัคซีนครบ พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 | 73.68.% |
| ข้อที่ 2 เพื่ออบรมผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและตระหนักในการดูแล เด็กกลุ่มเป้าหมาย Smart kids | 2. ผู้ปกครองมีความรู้เรื่อง ความเข้าใจ ในการดูแลเด็ก Smart kids ร้อยละ 60 | 62.00 % |
| ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและตระหนักในการดูแล เด็กกลุ่มเป้าหมาย Smart kids | 3. แกนนำอสม.ให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและตระหนักในการดูแล เด็กกลุ่มเป้าหมาย Smart kids ร้อยละ 60 | 65.00% |
| ข้อที่ 4 มีคลินิก SMART KIDS เพื่อให้เด็กกลุ่มเป้าหมายเข้าบริการ | 4.มีการจัดตั้งคลินิก SMART KIDS ในรพ.สต.1 แห่ง | มีการจัดตั้งคลินิก |

**2.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

**2.1การบรรลุตามวัตถุประสงค์**

**บรรลุตามวัตถุประสงค์**

**ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์**เพราะ............................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม 110 คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 40,450 บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง 40,450 บาทคิดเป็นร้อยละ 100

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ - บาทคิดเป็นร้อยละ 0

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

**ไม่มี**

**มี**

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

**....................................................................................................................................................................**

**....................................................................................................................................................................**

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

**....................................................................................................................................................................**

**....................................................................................................................................................................**

**ลงชื่อ.......................................................ผู้รายงาน**

**(นางสาวอามีเนาะ ยีเจ๊ะอาแว)**

**ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ**

**วันที่ เดือน พ.ศ.**

ภาคผนวก









**โครงการหนูน้อย SMART KIDS**

**โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลปุโละปุโย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี**



**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสุขภาพตำบลปุโละปุโย**

**อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี**