**แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา**

**(แบบฟอร์มนี้เป็นตัวอย่าง กองทุน สามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมรายละเอียดได้ ตามความเหมาะสม)**

|  |  |
| --- | --- |
| **รหัสโครงการ** | **62 – L3068 -10(1)-11****ปี-รหัสกองทุน 5 ตัว-ประเภท-ลำดับโครงการในหมวด** |
| **ชื่อโครงการ/กิจกรรม** | **โครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก** |
| **ชื่อกองทุน** | **กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางตาวา** |
|   |  สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)] สนับสนุนการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)] สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)] สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)] สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)] |
| ***หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ*** |  หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน |
| **ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน)** | ชื่อองค์กร...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตาวากลุ่มคน (ระบุ 5 คน)1…………………………………………………………………….2……………………………………………………………………3……………………………………………………………………4…………………………………………………………………..5………………………………………………………………….. |
| **วันอนุมัติ** | **14 ธันวาคม 2561** |
| **ระยะเวลาดำเนินโครงการ** | ตั้งแต่ วันที่......เดือน.....ตุลาคม.........พ.ศ...2561.............. ถึง วันที่......เดือน....กันยายน......พ.ศ...2562.............. |
| **งบประมาณ** | จำนวน.................25,750.............................................บาท |
| **หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ** การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพื่อการตั้งครรภ์และ การคลอดเป็นไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง ครรภ์คุณภาพเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการฝากครรภ์ทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่ง จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการฝากครรภ์คุณภาพคือการที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ช่วยในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์  ทุกวันนี้ ต้น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่พบในทุกภูมิภาคของประเทศโดยเกิดขึ้นต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารกที่พบบ่อย จากการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายของดามีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยถึงร้อยละ 40 (ธีระ ทองสงและชเนนทร์ วนาภิรักษ์ : 2535 ) ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์โดยในช่วงแรกทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกระหว่างการคลอดสูง การตั้งครรภ์จะทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เด็กที่เกิดมามีพัฒนาการทางสมองลงลง เกิดผลเสียต่อการเรียนรู้ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด อุบัติการณ์พบได้สูงถึงร้อยละ 30 ในบางพื้นที่ (WHO 1989) จากการรายงานพบว่าปี2559,2560,2561 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในตำบลบางตาวา คิดเป็นร้อยละ6,6.55,12.16% ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 และปี 2559 พบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย ซึ่งภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตาวา ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการ “อนามัยแม่และเด็กลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีภาวะโภชนาการดีตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีขึ้น มีการตั้งครรภ์เมื่อพร้อมตั้งแต่อายุ 20 ขึ้นไป ไปรับการตรวจสุขภาพเร็วที่สุดตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รับการตรวจครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง และได้รับการคลอดในสถานบริการ(โรงพยาบาล) |
| **วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)**1. จัดทำโครงการเพื่อเสนออนุมัติโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางตาวา2. ประชุมชี้แจงโครงการและแนวทางการดำเนินการแก่เจ้าหน้าที่3. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่กลุ่มเป้าหมาย 4. ประชุมชี้แจงแก่วัยเจริญพันธ์ชายหญิงอายุ๑๕-๔๕ ปีและกลุ่มที่มีภาวะสี่ยงที่อาจจะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและคู่สมรสที่มีภาวะเสี่ยง คู่สมรสใหม่และอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในรายที่มีภาวะเสี่ยง การปฏิบัติตัวและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 5.ตรวจ HCT กลุ่มเป้าหมายทุกรายก่อนประชุมชี้แจง และจ่ายยา folic ในรายที่ซีด พร้อมติดตามเจาะ HCT ณ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตาวา6. ติดตามค้นหาวัยเจริญพันธ์ชายหญิง อายุ15-45 ปีที่มีภาวะสี่ยงที่อาจจะตั้งครรภ์ คู่สมรสใหม่และติดตามให้คำแนะนำจ่ายยา folic acid ในหญิงวัยเจริญพันธ์และหญิงตั้งครรภ์ที่ซีดเพื่อป้องกันภาวะซีด 7. สรุปและประเมินผลโครงการ |
|  **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**1. เพื่อให้วัยเจริญพันธ์ คู่สมรสใหม่มีการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้จักวิธีการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 3. เพื่อให้ อสม.รู้จักวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ |
| **เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัด** |
| **วัตถุประสงค์**ข้อที่ 1.เพื่อให้วัยเจริญพันธ์ คู่สมรสใหม่มีการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ**ข้อที่ 1.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น |
| ข้อที่ 2.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้จักวิธีการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ | ข้อที่ 2.จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ซีดจากการเจาะ Lab2 น้อยลง |
| ข้อที่ 3.เพื่อให้ อสม.รู้จักวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ | ข้อที่ 3.ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมลดลง |

**กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย (ปรับเพิ่ม หัวข้อได้ มากกว่าตัวอย่าง)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชนิดกิจกรรม** | **งบประมาณ**  | **ระบุวัน/ช่วงเวลา** |
| 1. ประชุมชี้แจงแก่วัยเจริญพันธ์ชายหญิงอายุ๑๕-๔๕ ปีและกลุ่มที่มีภาวะสี่ยงที่อาจจะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและคู่สมรสที่มีภาวะเสี่ยง คู่สมรสใหม่และอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในรายที่มีภาวะเสี่ยง การปฏิบัติตัวและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ตรวจ HCT กลุ่มเป้าหมายทุกรายก่อนประชุมชี้แจง และจ่ายยา folic ในรายที่ซีด พร้อมติดตามเจาะ HCT ณ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตาวา | -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 85 คน x 50 คน = 4,250 บาท-ค่าอาหารว่าง จำนวน 85 คน x 25 บาท x 2 มื้อ = 4,250บาท-ค่าพาหนะ จำนวน 85 คน x 50 บาท = 4,250 บาท -ค่านำส่งติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะซีด จำนวน 65 คน x 100 บาท = 6,500 บาท |  |
| 2. ติดตามค้นหาวัยเจริญพันธ์ชายหญิง อายุ15-45 ปีที่มีภาวะเสี่ยงที่อาจจะตั้งครรภ์ คู่สมรสใหม่และติดตามให้คำแนะนำจ่ายยา folic acid ในหญิงวัยเจริญพันธ์และหญิงตั้งครรภ์ที่ซีดเพื่อป้องกันภาวะซีด  | -ค่านำส่งติดตามให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 15-45 ปีที่มีภาวะเสี่ยงอาจจะตั้งครรภ์ จำนวน 65 คน x 100 บาท = 6,500 บาท   |  |
|  | **รวม..........25,750................บาท** |  |

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

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

 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

  7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

 7.2.1 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

 [ข้อ 10(1)]

 7.2.2 สนับสนุนการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กร

 ประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)]

 7.2.3 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]

 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

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

 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.......85............

 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.............................

 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.............................

  7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน จำนวน...........95...........

 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.............................

 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.............................

 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.............................

 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.............................

 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

  7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

  7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

  7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

  7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

  7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

  7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

  7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) ............................................................................................................................

 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

  7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

  7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

  7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

  7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

  7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

  7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

  7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

  7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

  7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................................................

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

 (นางสาวนูรี สุวรรณฤกษ์.)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.

วันที่-เดือน-พ.ศ. .......2/1/2562.....................

**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 **โครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก**

**1. ผลการดำเนินงาน**

 - วัยเจริญพันธ์ คู่สมรสใหม่มีการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์

 - หญิงตั้งครรภ์รู้จักวิธีการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

- อสม.รู้จักวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ..........................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม...................85........................คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..........................25,750................... บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง .........................25,750........................ บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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