

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

#### ๑. ผลการดำเนินงาน

๑. ภายในพื้นที่ตำบลควนเมาได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ในการ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๒. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการ  
สำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายทุกหลังคาเรือน/โรงเรียน/ศาสนสถาน/ท้องถิ่น/สถานบริการสาธารณสุข

๓. กรณีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก/สงสัยโรคไข้เลือดออก ได้มีการดำเนินการพ่นหมอกควันบริเวณบ้าน  
ผู้ป่วยและละแวกใกล้เคียง รัศมี ๑๐๐ เมตร และพ่นซ้ำอีก ๑ ครั้งระยะห่าง ๗ วัน และการพ่นหมอกควัน  
ช่วงรณรงค์ก่อนโรงเรียนเปิดเทอม ภายในโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ศาสนสถาน/ท้องถิ่น/สถาน  
บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลควนเมา

๔. การลงสู่ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในแต่ละหมู่บ้านโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพในแต่ละหมู่บ้าน  
เดือนละ ๑ ครั้ง โดยพบว่าหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลควนเมา มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายน้อยกว่า ๑๐

๕. มีระบบการเฝ้าระวังโรคภายในชุมชนที่เข้มแข็ง โดยทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรค เคลื่อนที่เร็ว  
(Surveillance and rapid response Team: SRRT) สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ภายใน  
พื้นที่ตำบลควนเมาได้อย่างทันเวลา มีการยกระดับเป็นทีมที่สามารถทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ค้นหาเหตุการณ์  
ผิดปกติได้เร็วขึ้น มีการตรวจสอบสาเหตุของเหตุการณ์ สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความพร้อมใน  
การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันที

๖. อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง

๗. ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกภายในพื้นที่ตำบลควนเมา

๘. สามารถควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืนโดยการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุก  
ภาคส่วน

#### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ..... คน

#### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๒๖,๑๐๕..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๒๖,๑๐๕..... บาท คิดเป็นร้อยละ ...๑๐๐....

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


๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ .....  ผู้รายงาน

(นายประจักษ์ อักษรสวัสดิ์)

รองประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลควนเมา รักษาการ

ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลควนเมา

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....๓๐.....กันยายน....๒๕๖๒.....