**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะเขือ**

**เรื่อง ขอเสนอโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**

**(เขตอบต.ท่ามะเขือ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ ปีงบประมาณ 2563**

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่ามะเขือ

 ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ มีความประสงค์จะจัดทำโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (เขตอบต.ท่ามะเขือ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท่ามะเขือ ปีงบประมาณ 2563 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลท่ามะเขือ **เป็นเงิน 5,370 บาท (ห้าพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)** โดยมีรายละเอียดโครงการดังนี้

**1. หลักการและเหตุผล**

 ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า “*โรควิถีชีวิต*” 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคมะเร็ง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรของประเทศไทยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตมากถึงกว่า 100,000 คน ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ข้อมูลสถิติชีพ ปี 2552 ) โดยพบว่ากว่า ร้อยละ 30 เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอายุ 60 ปี โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 จากข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ ปี 2562 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรอง พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 47.72 ,ภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ร้อยละ 54.92 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 62.57 (ข้อมูลงานโรคไม่ติดต่อ ปี 2562 ) ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนหลายด้านและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกปี

 ดังนั้นการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นในการลดอัตราการเกิด และลดอัตราการตายของผู้ป่วยในวัยที่ไม่สมควรจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถป้องการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เมื่อผู้ป่วยพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เพื่อให้อยู่กับโรคอย่างเข้าใจและเป็นสุข ไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงจัดทำโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (เขตอบต.ท่ามะเขือ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ ปีงบประมาณ 2563 ขึ้น เพื่อค้นหาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเป็นปกติสุข

**2. วัตถุประสงค์โครงการ**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อค้นหา และส่งต่อการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น
3. เพื่อลดอัตราการเกิดและตายจากภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

**3. เป้าหมายการดำเนินงาน**

 - ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขต อบต.ท่ามะเขือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ จำนวน 179 คน

**4. กลวิธีดำเนินงาน**

1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน สำรวจกลุ่มเป้าหมายเพื่อวางแผนการจัดกิจกรรม
2. ประชาสัมพันธ์ชี้แจง กำหนดการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยจัดกิจกรรม

นอกเวลาทำการ ณ รพ.สต.ท่ามะเขือ ตั้งแต่เวลา 05.30 น. – 16.30 น. จำนวน 1 วัน

1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้

 - การอบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแล และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

1. กิจกรรมการตรวจคัดกรอง

ตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่เขตอำเภอคลองขลุงที่มีความชำนาญในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

* การเก็บปัสสาวะและ เจาะเลือด โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารหลัง 2 ทุ่ม ก่อนมารับบริการ

เจาะเลือด และส่งปัสสาวะและเลือดไปทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลคลองขลุง

- การตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

 - การตรวจจอประสาทตา

 - การตรวจสุขภาพช่องปาก

 5. บันทึกผลการคัดกรองในระบบงานรักษาพยาบาลและติดตาม แจ้งผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกิจกรรมที่สามารถแจ้งผลได้เลย

 6. ติดตามประเมินผลการตรวจภาวะแทรกซ้อน คัดกรองแยกและส่งต่อพบแพทย์ในรายที่ผลมีความผิดปกติ

 7. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**5. ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2563**

 ธันวาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563

**6. สถานที่จัดกิจกรรม**

 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ

**7. งบประมาณ**

เงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะเขือ จำนวน **5,370 บาท**

**(ห้าพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)** ดังนี้

1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี 2563 จำนวน 179 คน ๆ ละ 30 บาท เป็นเงิน 5,370 บาท

 **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 5,370 บาท (ห้าพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)**

**8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือเข้ารับบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่พบภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อไป

3. โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่พบภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลและทราบวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้ด้วยตนเอง

**9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

**9.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

**ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ**

 □ 9.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 □ 9.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 □ 9.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 □ 9.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 □ 9.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**9.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 □ 9.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

 □ 9.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

 □ 9.2.3 สนับสนุนการจัด กิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

 □ 9.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 □ 9.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

 □ 9.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 □ 9.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 □ 9.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 □ 9.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 □ 9.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 □ 9.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 □ 9.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 □ 9.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 **9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 □ 9.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 □ 9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 □ 9.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 □ 9.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 □ 9.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 □ 9.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ)..........................................................................................................

 □ 9.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 □ 9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 □ 9.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 □ 9.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 □ 9.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ)......................................................................................................

 □ 9.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 □ 9.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 □ 9.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 □ 9.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 □ 9.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 □ 9.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ)......................................................................................................

 □ 9.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 □ 9.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

□ 9.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ในการทำงาน

 □ 9.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 □ 9.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 □ 9.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 □ 9.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ)......................................................................................................

 □ 9.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 □ 9.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 □ 9.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 □ 9.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 □ 9.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ).....................................................................................................

 □ 9.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 □ 9.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 □ 9.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 □ 9.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 □ 9.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 □ 9.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ).......................................................................................................

 □ 9.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 □ 9.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 □ 9.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 □ 9.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 □ 9.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ)..........................................................................................................

 □ 9.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 □ 9.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 □ 9.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 □ 9.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 □ 9.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 □ 9.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ).........................................................................................................

 □ 9.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 (ลงชื่อ)......................................................ผู้เสนอโครงการ

 (นางลมัย บัวสุด)

 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**10. คณะอนุกรรมการตรวจสอบโครงการ**

 (ลงชื่อ)..............................................................

 ( )

**11. ผู้ตรวจสอบโครงการ**

 ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามมติที่ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่ามะเขือครั้ง ที่………………………………เมื่อวันที่……………เดือน………………………………………พ.ศ. …………………....

(ลงชื่อ).........................................................

 (นายกฤษฎา ธีระวัชโรทัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะเขือ

 กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

**12. ผู้อนุมัติโครงการ**

 (ลงชื่อ)..................................................................

(นายโสภา สันแดง)

 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะเขือ

 ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่ามะเขือ

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะเขือ ครั้งที่........../......................เมื่อวันที่.........................................................ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

□ **อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน............................................บาท**

 เพราะ.............................................................................................................................................................

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

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

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

□ **ไม่อนุมัติงบประมาณ 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 ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้น การดำเนินงาน)**

**ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ..................................................................................................................................**

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 □ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 □ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ................................................................................................

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

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

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ......................................................บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง...............................................................บาท คิดเป็นร้อยละ..............................

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 □ ไม่มี

 □ มี

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

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

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

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

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

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

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

 (ลงชื่อ)...............................................................ผู้รายงาน

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

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

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

**ตารางการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้**

**โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะเขือ ปีงบประมาณ 2563**

 **เวลา**   **กิจกรรม**

 05.30น. – 07.00 น. ลงทะเบียน

 07.00น. - 08.00 น. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

 การปฎิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

 08.00น. - 09.00 น. ให้บริการ ตรวจภาวะแทรกซ้อน

 การเก็บปัสสาวะและเจาะเลือด

 การตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

 การตรวจจอประสาทตา

 การตรวจสุขภาพช่องปาก

 09.00 น. – 09.30 น. พักรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม

 09.30 น. – 16.30 น. ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)