**โครงการชุมชน ลดเค็มป้องกันโรคไตเสื่อม**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ............................ อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**หลักการเหตุผล**

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2560 ในส่วนของการบริโภคเกลือ คนไทยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดว่า สิ่งที่ให้ความเค็มหรือเกลือโซเดียมมีอยู่ในเกลือหรือน้ำปลาเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องปรุงรส เช่น ซอส ผงปรุงรส ผงชูรส รวมไปถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น บะหมี่-โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ขนมกรุบกรอบ ล้วนมีสารให้ความเค็ม (เกลือโซเดียม) เป็นส่วนประกอบ ล่าสุดพบคนไทยบริโภคเกลือโซเดียมเฉลี่ย 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวันหรือกว่า 2 ช้อนชา เกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกคือ 2,000 มิลลิกรัมหรือ 1 ช้อนชาต่อวัน และกลุ่มอายุ 25-59 ปี เป็นกลุ่มอายุที่กินเค็มมากที่สุด โดยการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 ที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรังโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งโรคดังกล่าวป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคลดหวาน มัน เค็ม

 จากข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข เมื่อแยกข้อมูลอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแนวโน้มการป่วยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเสื่อม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลรักษาต้องใช้งบประมาณสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นำไปสู่การล้มละลายจากสาการเจ็บป่วย

ต้นเหตุของโรคความดันโลหิตสูงมาจากการบริโภคโซเดียมสูงเกินมาตรฐาน และการกินเค็มของประชาชนส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเป็นสาเหตุการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อม จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่ไม่เหมาะสมอย่างเข้มข้นจะสามารถป้องกันและยืดระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงออกไปได้ถึงร้อยละ 50 .........อปท./รพ./รพ.สต./อสม..................................จึงได้จัดทำโครงการชุมชนลดเค็ม ป้องกันโรคไตเสื่อม ขึ้น

1. **วัตถุประสงค์**

 1. เพื่อแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่ตำบล.......................................

 2. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงในพื้นที่ตำบล.......................................

 2. เพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

 ประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชน............................... หมู่ ..........................ตำบล....................... อำเภอ........................... จังหวัด..............................

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

**วัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน (ระดับพื้นที่)**

1. ชุมชน................มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (รายชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์)

2. จำนวนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนลดลงจาก ปี 2563

3. อัตราป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนลดลงจาก ปี 2563

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ (ปรับได้ตามความเหมาะสม)**

 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. อำเภอ...............................จังหวัด..........................................จำนวนทั้งสิ้น **26,500** บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **กิจกรรม/โครงการย่อย** | **งบประมาณ** |
| 1 | **มาตรการที่ 1 สร้างความเข้าใจ ความตระหนักรู้ (Awareness)** |
|  | - ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ที่ปรึกษา ระดับชุมชน ฯ (2 ครั้ง) | - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 40 บาท X 15 คน X 1 มื้อ X 2 ครั้ง 1,200 บ. - ค่าอาหารกลางวัน 80 บาท X 15 คน X 2 มื้อ 2,400 บ.  |
|  | **รวม** | **3,600 บาท** |
|  | - จัดเวทีประชุมคืนข้อมูลสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความรู้การปรับสูตรอาหารลดเค็ม ลดโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วย และร้านค้าในชุมชน(ครั้งที่ 1) | - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 40 บาท X 30 คน X 1 มื้อ 1,200 บ. - ค่าวิทยากร 600 บาท x 2 ชม. 1,200 บ.  |
|  | **รวม** | **2,400 บาท** |
| 2 | **มาตรการที่ 2 การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม** |
|  | - อบรมทักษะการสื่อสารความรอบรู้ภาวะสุขภาพ การคำนวณค่าโซเดียมกลุ่ม อสม./แกนนำชุมชน | - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 40 บาท X 50 คน X 1 มื้อ 2,000 บ.- ค่าวิทยากร 600 บาท x 2 ชม. 1,200 บ.  |
|  | **รวม** | **3,200 บาท** |
| 3 | **มาตรการที่ 3 การใช้เครื่องมือวัดความเค็ม (salt meter) เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ (Biofeedback)** |
|  | - จัดเวทีประกวด “เมนู ชูสุขภาพ” การปรับสูตรอาหารลดเค็ม ลดโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วย และร้านค้าในชุมชน(ครั้งที่ 2) | - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 40 บาท X 30 คน X 1 มื้อ 1,200 บ.- ค่าอาหารกลางวัน 80 บาท X 30 คน X 1 มื้อ 2,400 บ.- ค่าวัสดุอุปกรณ์ 2,200 บ. |
|  | **รวม** | **5,800 บาท** |
| **4** | **วัสดุ/อุปกรณ์**  |
|  | **-** ค่าอุปกรณ์ Salt Meter - เครื่องวัดความดันโลหิต ดิจิตอล- ผลิตป้าย/สื่อ ฯ ให้ร้านค้า | - 1,500 บาท X 5 อัน 7,500 บ.- 2,500 บาท X 1 เครื่อง 2,500 บ.- 300 บาท X 5 ป้าย 1,500 บ. |
|  | **รวม** | **11,500 บาท** |

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข ตามข้อ 10 (1) หรือองค์กรชุมชน กลุ่มประชาชน ตามข้อม 10 (2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 เกิดชุมชน ลดโรค ลดภัยสุขภาพ อย่างยั่งยืน

7.2 ร้านค้า/ร้านอาหารในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเมนูอาหารลดเค็ม ลดโซเดียม ลดเสี่ยง

7.3 กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมสามารถอ่านค่าโซเดียม และคำนวณโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวันของตนเองได้

7.4 อสม. สามารถอ่านค่าและแปลผลภาวะสุขภาพระดับความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

**ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

**แบบรายงานผู้เข้าร่วม ตรวจคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **เลขบัตรประชาชน** | **ชื่อ สกุล** | **เพศ** | **อายุ (ปี)** | **ดัชนีมวลกาย** | **คัดกรองความดันโลหิต** |
| **ต่ำ** | **ปกติ** | **ท้วม/อ้วน** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ช่วงอายุ****(ปี)** | **เพศ** | **ดัชนีมวลกาย** | **คัดกรองเบาหวาน** | **คัดกรองความดันโลหิต** |
| **ชาย** | **หญิง** | **รวม** | **ต่ำ** | **ปกติ** | **ท้วม/อ้วน** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** | **BP** **≥180/110** |
| 15-19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25-29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30-34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35-39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40-44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ทะเบียนผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **เลขบัตรประชาชน** | **ชื่อ สกุล** | **เพศ** | **อายุ (ปี)** | **ที่อยู่** | **โทรศัพท์** | **ความดันโลหิตสูง** |
| **เสี่ยง** | **สงสัยป่วย** | **ป่วย** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

 🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน
 สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ
 (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
ในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

**แบบรายงานผู้เข้าร่วม ตรวจคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **เลขบัตรประชาชน** | **ชื่อ สกุล** | **เพศ** | **อายุ (ปี)** | **ดัชนีมวลกาย** | **คัดกรองความดันโลหิต** |
| **ต่ำ** | **ปกติ** | **ท้วม/อ้วน** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ช่วงอายุ****(ปี)** | **เพศ** | **ดัชนีมวลกาย** | **คัดกรองเบาหวาน** | **คัดกรองความดันโลหิต** |
| **ชาย** | **หญิง** | **รวม** | **ต่ำ** | **ปกติ** | **ท้วม/อ้วน** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** | **ปกติ** | **เสี่ยง** | **ป่วย** | **BP** **≥180/110** |
| 15-19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20-24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25-29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30-34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35-39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40-44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ทะเบียนผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **เลขบัตรประชาชน** | **ชื่อ สกุล** | **เพศ** | **อายุ (ปี)** | **ที่อยู่** | **โทรศัพท์** | **ความดันโลหิตสูง** |
| **เสี่ยง** | **สงสัยป่วย** | **ป่วย** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ลงชื่อ ผู้เสนอ โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **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 (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

  ( )

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

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