



แบบแสดงความจำนอง

เข้าร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาล..... ซึ่งต่อไปในแบบแสดงความจำนองนี้เรียกว่า “หน่วยบริการ” มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในแบบแสดงความจำนองนี้เรียกว่า “สำนักงาน” โดยมีเงื่อนไขการให้บริการดังต่อไปนี้

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในแบบแสดงความจำนองนี้

“บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด การวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งแสดงความจำนองรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับหน่วยบริการ

ข้อ ๒ หน่วยบริการตกลงให้บริการ ดังนี้

(๑) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย ๔ ครั้ง หรือ จนกว่าจะคลอด (รวมถึงการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย การตรวจสุขภาพปากและฟัน การขูดหินปูนและขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตแพทย์อย่างน้อย ๑ ครั้ง)

กรณีหน่วยบริการดูแลผู้รับบริการจนถึงการคลอดให้ดำเนินการเจาะเลือดเด็กแรกเกิดเพื่อตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Thyroid Stimulating Hormone) หากพบว่าผิดปกติต้องติดตามเด็กเพื่อตรวจยืนยัน

(๒) การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ภายหลังคลอดรวมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)

(๓) การวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว ประกอบด้วย การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย

(๔) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)

(๕) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการเกิดโรคในครอบครัวที่เป็นความเสี่ยง และประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสื่อมของสุขภาพ การตรวจร่างกายทั่วไป การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร โดยวิธีเจาะเลือดปลายนิ้วและเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้และสุขภาพศึกษา

รายละเอียดการให้บริการให้เป็นไปตามตามเอกสารแนบท้ายแบบแสดงความจำนงนี้ หรือตามแนวทางการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. ๒๕๔๕ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือคู่มืออื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

ข้อ ๓ หน่วยบริการตกลงให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อ ๔ อัตราค่าชดเชยการให้บริการ ดังนี้

(๑) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์		
ครั้งที่ ๑ จ่ายชดเชยในอัตรา		๑,๒๐๐ บาท
ครั้งต่อไป จ่ายชดเชยครั้งละ		๔๐๐ บาท
(๒) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการThalassemia screening ซึ่งจ่ายชดเชย ในอัตราครั้งละ		
OF หรือ MCV		๑๓ บาท
DCIP หรือ E- screen		๑๗ บาท
Hemoglobin typing		๒๕๐ บาท
α - thalassemia		๓๕๐ บาท
การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด		๒,๕๐๐ บาท
ค่าตรวจ Mutation ในสายของเบต้าธาลัสซีเมีย		๑,๒๐๐ บาท
(๓) ทัศนกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์		
ตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน		๕๐ บาท
ขูดหินปูนและขัดทำความสะอาดช่องปาก		๓๐๐ บาท
(๔) การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์		
ตรวจได้ ๑ ครั้ง รวมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) รายละเอียด		๔๐๐ บาท
(๕) การวางแผนครอบครัว		
การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด	แผงละ	๒๐ บาท
การฉีดยาคุมกำเนิด	เข็มละ	๖๐ บาท
การฝังยาคุมกำเนิด	ครั้งละ	๑๕๐ บาท

การใส่ห่วงอนามัย	ครั้งละ	๑๘๐ บาท
(๖) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)	ครั้งละ	๒๕๐ บาท
(๗) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ		๕๐ บาท/คน/ปี

ข้อ ๕ การบันทึกข้อมูลให้บริการ

(๑) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลผ่านโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ได้ไม่เกินวันที่ ๓๐ ของเดือนถัดไป

(๒) บันทึกผลการให้บริการทุกครั้งที่ได้รับบริการ ใน OPD card ของผู้รับบริการ หรือทะเบียนให้บริการโดยแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ

ข้อ ๖ วิธีการและระยะเวลาในการจ่ายชดเชยค่าบริการ

(๑) สำนักงานจะตรวจสอบและออกรายงานผลการบันทึกข้อมูลให้บริการรายบุคคลจากโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ทุกวันที่ ๑๒ ของเดือนหลังจากหน่วยบริการได้บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

(๒) สำนักงานจะพิจารณาจ่ายเงินให้หน่วยบริการภายในเดือนที่พิจารณาข้อมูลโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารของหน่วยบริการ

รายละเอียดกำหนดเวลาการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายแบบแสดงความจำนงนี้

ข้อ ๗ สำนักงานมีสิทธิตรวจสอบการให้บริการ ดังนี้

(๑) สุ่มประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ

(๒) สุ่มประเมินบันทึกผลการให้บริการ ใน OPD card หรือทะเบียนให้บริการของหน่วยบริการ

ข้อ ๘ หน่วยบริการได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวและได้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยกันตนแล้วในวันแสดงความจำนงครั้งนี้

ข้อ ๙ ในกรณีที่หน่วยบริการผิดแบบแสดงความจำนงหรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามแบบแสดงความจำนงข้อหนึ่งข้อใด เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าความเสียหายขึ้นไม่ว่ากรณีใดๆ สำนักงานมีสิทธิบอกเลิกแบบแสดงความจำนงได้ทันที และหน่วยบริการที่ละเลยหรือละเวנדังกล่าวจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามแบบแสดงความจำนง

ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากหน่วยบริการตามแบบแสดงความจำนงนี้ หน่วยบริการยินยอมให้สำนักงานหักออกจากจำนวนเงินสนับสนุนที่ค้างจ่าย และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนทั้งหมดหรือ

บางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และมีสิทธิเรียกเงินสนับสนุนดังกล่าวคืนได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลงานหรือกิจกรรมของการให้บริการในสิ่งพิมพ์หรือสื่อใดก็ตามในแต่ละครั้ง หน่วยบริการต้องประกาศหรือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่า “ ได้รับความสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ” เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษแล้วแต่กรณี หรือแจ้งข้อความดังกล่าวด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของ สำนักงาน ในบริเวณที่จัดกิจกรรมหรือในวัสดุ หรือเอกสารเผยแพร่ของการให้บริการทุกชิ้น

ผลงานและผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินงาน เป็นลิขสิทธิ์ของสำนักงาน หากมีการเผยแพร่ใดจะต้องได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากสำนักงานก่อน

ข้อ ๑๑ การขยายเวลาการดำเนินงานตามโครงการ ในกรณีที่มีเหตุสุดวิสัย หรือเหตุใด ๆ หรือพฤติการณ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่สามารถปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามเงื่อนไขและกำหนดเวลาแห่งแบบแสดงความจำนงนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุหรือพฤติการณ์ดังกล่าวพร้อมหลักฐานเป็นหนังสือให้สำนักงาน ทราบเพื่อขอขยายเวลาดำเนินการออกไป ภายใน ๑๕ วันนับถัดจากวันที่เหตุอันสิ้นสุดลง

การขยายเวลาในการดำเนินงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในดุลพินิจของสำนักงานที่จะพิจารณาตามที่เห็นสมควร

แบบแสดงความจำนงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ขอส่งมอบให้สำนักงาน ๑ ฉบับและเก็บที่หน่วยบริการอีก ๑ ฉบับเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการสมัครเข้าร่วมให้บริการ

ลงชื่อ.....สำนักงาน
(นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)

ลงชื่อ.....หน่วยบริการ
(.....)

วันที่.....

วันที่.....

เอกสารแนบท้ายแบบแสดงความจำนงให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ผู้ประกันตน
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1
 (เมื่อสงสัย / รู้ว่าตั้งครรภ์ / เมื่ออายุครรภ์ ≤ 2 เดือน)

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	ลงทะเบียนซักประวัติผู้รับบริการ	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต - ทดสอบการตั้งครรภ์ (พิจารณาเป็นรายๆ ไป) - ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
3.	ให้สุศึกษา ครั้งที่ 1 (รายกลุ่ม)	- การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ - อาการที่พบได้ในระหว่างตั้งครรภ์และถือว่าปกติ - การปฏิบัติตัวขณะที่ตั้งครรภ์ - การดูแลสุขภาพทั่วไป - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ทัศนสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
4.	การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด	- ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด HIV - ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด Thalassemia
5.	ตรวจร่างกายทั่วไป	- ตรวจ วัดชีพจร การหายใจ ฟังปอด / หัวใจ - ตรวจเต้านม ผิวหนังทั่วไป - ดูเรื่องซิด เช่น ดูเปลือกตา - ประเมินและบันทึกรายละเอียด - ตรวจและบันทึกสุขภาพปากและฟัน
6.	ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ตรวจเลือด กลุ่มเลือด, Hct, CBC, VDRL HIV , HbsAg , Thalassemia screening (OF/DCIP) - ตรวจปัสสาวะ Alb , Sugar
7.	ให้คำแนะนำรายบุคคล	- ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ - สอนหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถบันทึกกราฟ โภชนาการหญิงมีครรภ์
8.	ให้วัคซีนบาดทะยัก	- ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 1 นัดวัคซีนบาดทะยักเข็มที่ 2 อีก 1 เดือน
9.	นัดหมายครั้งต่อไป	- นัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 2
(อายุครรภ์ 3 – 4 เดือน)

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	ลงทะเบียนซักประวัติผู้รับบริการ	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป (ถ้ายังไม่ได้ซัก)
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก , วัดความดันโลหิต - ตรวจปัสสาวะหา Alb , Sugar
3.	ให้สูขศึกษา ครั้งที่ 2 (รายกลุ่ม)	- การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ - วิธีการสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ - อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ - ประโยชน์ของการได้รับวิตามินเสริม ธาตุเหล็ก - การออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ - ทนตสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์
4.	ให้การปรึกษาหลังตรวจเลือด	- ให้การปรึกษาหลังตรวจเลือด HIV - เมื่อผลเลือดลบ - เมื่อผลเลือดบวก - ให้การปรึกษาหลังตรวจเลือด Thalassemia
5.	ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ตรวจเลือดซ้ำ กรณีผิดปกติ เช่น ตรวจ VDRL , HIV - Confirm Hb.typing ในกรณีที่ผล OF, DCIP ให้ผลผิดปกติ ใดๆอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง - ตามสามีเพื่อตรวจเลือดเบื้องต้น - กรณีเป็นคู่เสี่ยงต่อบุตรในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ส่ง วินิจฉัยก่อนคลอด
6.	ตรวจร่างกายทั่วไป / ตรวจครรภ์	- ตรวจ วัดชีพจร การหายใจ (เฉพาะรายที่มีภาวะเสี่ยง) - ตรวจผิวหนัง เต้านม - ซักอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ และปัญหา - ตรวจครรภ์ และขนาดมดลูก ฟัง FHS - ประเมินภาวะเสี่ยง และบันทึก - ติดตาม / ประเมิน ภาวะโภชนาการหญิงมีครรภ์
7.	ให้คำแนะนำ	- ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ
8.	ให้วัคซีนบาดทะยัก	- ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 2 หรือเข็มที่ 1 ถ้ายังไม่เคยได้รับ และนัดเข็มที่ 2 อีก 1 เดือน
9.	นัดหมายครั้งต่อไป	- นัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 3
(อายุครรภ์ 5 - 6 เดือน)

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	ลงทะเบียนซักประวัติผู้รับบริการ (ถ้ายังไม่เคยซัก)	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก - วัดความดันโลหิต - ตรวจปัสสาวะหา Alb , Sugar
3.	ให้สุศึกษา ครั้งที่ 3 (รายนาม)	- การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ - วิธีการสังเกตการคืบของทารกในครรภ์ - การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ - อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ - ติดตามการได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก - การเตรียมและดูแลเต้านมเพื่อให้ลูกกินนมแม่ - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระยะตั้งครรภ์
4.	ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 1)	- ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์
5.	ตรวจร่างกาย / ตรวจครรภ์	- ตรวจวัดชีพจร การหายใจ (เฉพาะรายที่มีภาวะเสี่ยง) - ตรวจผิวหนังเต้านม - ตรวจครรภ์ วัดขนาดมดลูก ฟัง FHS - ซักอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ และปัญหา - ประเมินความเสี่ยงและบันทึก - ติดตาม / ประเมิน ภาวะโภชนาการ
6.	ให้คำแนะนำ	- ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ
7.	นัดหมายครั้งต่อไป	- นัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 4
(อายุครรภ์ 7 – 8 เดือน)

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	บันทึกชื่อ-สกุล ที่อยู่ประวัติสุขภาพที่	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก - วัดความดันโลหิต - ตรวจปัสสาวะหา Alb , Sugar
3.	ให้สูติศึกษา ครั้งที่ 4 (รายกลุ่ม)	- การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ - การปฏิบัติตนเมื่อใกล้คลอด - อาการเจ็บครรภ์หลอก / เจ็บจริง - อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะใกล้คลอด - การเตรียมตัวไปคลอด - การคุมกำเนิดหลังคลอด - การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยขณะตั้งครรภ์ (ถ้ายังไม่ได้รับคำแนะนำ)
4.	ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 2)	- ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์
5.	ตรวจร่างกาย / ตรวจครรภ์	- ตรวจวัดชีพจร การหายใจ - ตรวจผิวหนังหน้าขา - ตรวจครรภ์ วัดขนาดมดลูก - ซักอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ และปัญหา - ประเมินความเสี่ยงและบันทึก - ติดตาม / ประเมิน ภาวะโภชนาการ
6.	ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ตรวจเลือด Hct. เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์
7.	ให้คำแนะนำ	- สอนการฝึกเบ่งที่ถูกต้องวิธี - การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ - ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ
8.	นัดหมายครั้งต่อไป	- นัดหมายฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 5
(อายุครรภ์ 9 เดือน)

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	บันทึกชื่อ – สกุล ประวัติสุขภาพ ทั่วไป	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก - วัดความดันโลหิต - ตรวจปัสสาวะหา Alb , Sugar
3.	ให้สูติศึกษา ครั้งที่ 5 (ควรเป็นรายบุคคลมากกว่า รายกลุ่ม)	- ทบทวนการเจ็บครรภ์ก่อนไปคลอด - ทบทวนการเบ่งคลอด - การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ - อาการนำที่ต้องไปโรงพยาบาลทันที - การผ่อนคลายความเครียด - เน้นการใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการเลี้ยงดูลูก - การเตรียมเอกสารที่ต้องนำไปโรงพยาบาล (สำเนาทะเบียนบ้าน , สมุดบันทึกสุขภาพฯ , บัตรโรงพยาบาล) - เตรียมตั้งชื่อลูก
4.	ตรวจร่างกาย / ตรวจครรภ์	- ตรวจวัดชีพจร การหายใจ (เฉพาะรายที่มีภาวะเสี่ยง) - ประเมินความเสี่ยงและบันทึก - ติดตาม / ประเมิน ภาวะโภชนาการ - ตรวจครรภ์ วัดขนาดมดลูก ฟัง FHS - ชักอาการเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ และปัญหา
5.	ให้คำแนะนำ	- ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาที่พบ
6.	นัดมาคลอด	- บอกกำหนดวันที่คาดว่าจะคลอดหรือนัดมาคลอด - ทบทวนอาการที่แสดงว่าจะคลอด

แนวปฏิบัติการให้บริการตรวจหญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	บันทึกชื่อ – สกุล ประวัติสุขภาพทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ของหญิงหลังคลอด - ตรวจเช็คสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (กรณีไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ออกให้ใหม่) - ตรวจสอบข้อมูลการคลอดของมารดา เช่น วัน เดือน ปี ที่คลอด วิธีการคลอด อาการผิดปกติขณะคลอดจากสมุดบันทึกแม่และเด็ก - ชักประวัติ เช่น อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหลดีหรือไม่ มีไข้ติดต่อกัน 2 วัน ลักษณะน้ำคาวปลา อาการเจ็บปวดท้อง อาการปวดฝีเย็บ พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และบัตรบันทึกผู้มารับบริการ
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ประเมินภาวะชืด ตรวจเต้านม วัดระดับมดลูก ตรวจดูฝีเย็บ ตรวจดูลักษณะน้ำคาวปลา พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบบันทึกผู้รับบริการ
3.	ตรวจสอบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก	<p>ให้ได้ครบชุดตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เข็ม 2 ห่างจากเข็ม 1 1 เดือน - เข็ม 3 ห่างจากเข็ม 2 6 เดือน - เข็ม 4 ห่างจากเข็ม 3 10 ปี - กระตุ้นทุก 10 ปี
4.	การวางแผนครอบครัว	<p>แนะนำการวางแผนครอบครัว เช่น ยาฉีด ยาฝัง ใส่วาง ทำหมันชาย/หญิง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีต้องการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัว - กรณีไม่ต้องการวางแผนครอบครัว ให้คำแนะนำถึงผลเสียของการไม่วางแผนครอบครัว
5.	การตรวจมะเร็งปากมดลูก	<p>ให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับรับบริการวางแผนครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลผิดปกติตรวจซ้ำทุก 6 เดือน - ผลผิดปกติตรวจซ้ำทุก 3 ปี



แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

เลขที่

หน่วยบริการที่ให้บริการคัดกรอง.....

วันที่ตรวจ.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก) □□□□□□□□□□□□□□□□

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล

วันเดือนปี(เกิด)วันที่.....เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน ซอย ถนน.....แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ

1. ประวัติส่วนบุคคล

เพศ

ชาย หญิง

การศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี/สูงกว่า
 ไม่ได้เรียน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท/เดือน

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน

พอเพียง ไม่พอเพียง
 เป็นหนี้ เหลือเก็บ

ลักษณะงาน

ทำงานกลางแจ้ง
 นั่งกับโต๊ะ
 เคลื่อนไหว เดินไปมาบ้างเล็กน้อย
 เคลื่อนไหว เดินไปมาส่วนใหญ่
 อื่นๆ ระบุ.....

2. ครอบครัว/ประวัติ

บิดา

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

มารดา

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

พี่น้อง(ร่วมบิดามารดาหรือร่วมบิดาหรือมารดา)

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

3. พฤติกรรมเสี่ยง/สุขภาพ

ท่านมีปัญหา/กิจกรรม

- ตรวจสุขภาพประจำปี มี ไม่มี ไม่ทราบ
- อ้วนในวัยเด็ก มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจและหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคตับ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมีโรคดังกล่าวท่านรักษา

- สม่าเสมอตามแพทย์นัด ไม่แน่นอน
- หายแล้ว อื่น ๆ ระบุ

4. การออกกำลังกาย

- ออกกำลัง ไม่ได้ออกกำลังกาย

ถ้าออกกำลังกาย

ความถี่

- ทุกวัน
- < 2 ครั้ง/สัปดาห์
- ไม่แน่นอน

เวลานาน

- < 30 นาที/ครั้ง
- ≥ 30 นาที/ครั้ง
- ไม่แน่นอน

ประเภทการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- วิ่ง
- เดิน
- เล่นกีฬา ระบุ

5. การบริโภคอาหาร

แหล่งอาหาร ส่วนใหญ่

- ทำกินเอง ซื้อสำเร็จรูป
- ทั้งสองอย่าง

ประเภทอาหาร

ไขมัน,เนื้อสัตว์ติดมัน

- ทุกวัน นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

แกงกะทิ

- ทุกวัน นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

รสชาติที่ชอบส่วนใหญ่

- เค็ม เผ็ด
- หวาน อื่น ๆ ระบุ

ผัก ผลไม้

- ทุกวัน นานๆครั้ง(1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

อาหารมือเช้า

- กิน ไม่แน่นอน
- ไม่กิน

6. การรับประทานยา

ยาลดไขมัน

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน

ฮอร์โมนทดแทน/วัยทอง

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน

ยาลดความดันโลหิตสูง

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน
- ระบุชื่อยา.....

อื่น ๆ ระบุ

7. สารเสพติด

สูบบุหรี่

- ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ครั้งแรก อายุ ปี
ปัจจุบันสูบบุหรี่ มวน/วัน
- เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว
สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ ปี
สูบบุหรี่นาน..... ปี เลิกสูบบุหรี่มานาน ปี

ดื่มสุรา

- ไม่ดื่ม ดื่ม ดื่มครั้งแรกอายุ ปี
ปัจจุบันดื่ม.....แก้ว/วัน
- เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว
ดื่มครั้งแรกอายุ ปี
ดื่มนาน..... ปี เลิกดื่มมานาน..... ปี

8. พฤติกรรมความเครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ท่านมีบุคลิก	งานและความรับผิดชอบ
<input type="checkbox"/> ใจร้อน	<input type="checkbox"/> งานหนัก
<input type="checkbox"/> หงุดหงิดง่าย	<input type="checkbox"/> ไม่มีเวลาพักผ่อน
<input type="checkbox"/> เอาจริงเอาจัง	<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานมีปัญหา
<input type="checkbox"/> รู้สึกกลัว/วิตกกังวล	<input type="checkbox"/> ทำงานไม่ได้ตั้งใจ
<input type="checkbox"/> ตื่นเต้นง่าย	<input type="checkbox"/> ถูกตำหนิบ่อย
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> งานราบรื่นดีไม่มีปัญหา
ครอบครัว และสมาชิก	สังคม
<input type="checkbox"/> ต้องรับผิดชอบมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยได้สนใจ
<input type="checkbox"/> สัมพันธภาพไม่ค่อยดี	<input type="checkbox"/> ช่างวุ่นวาย น่าเบื่อ
<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยเข้าใจกัน	<input type="checkbox"/> โชคดีมีเพื่อนสนิทไม่เครียด
<input type="checkbox"/> ต่างคนต่างอยู่	<input type="checkbox"/> มีแต่คนเห็นแก่ตัวเอาเปรียบ
<input type="checkbox"/> คำใช้จ่ายมาก	<input type="checkbox"/> ทำใจได้สบาย ๆ
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน	

9. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ; ส่วนสูง เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย (BMI) กิโลกรัม/เมตร²
เส้นรอบเอว (วัดผ่านสะดือ) นิ้ว
รอบสะโพก(ผ่านปุ่มกระดูก Ischium) นิ้ว

ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย(DTX)..... มก.%
เจาะหลังรับประทานอาหาร ชั่วโมง

* กรณี เกิน ≥ 110 มก% ให้นำมาทำ FBS ต่อ

ความดันโลหิต มม.ปรอท

* กรณีเกิน $\geq 140/90$ หรือ Diastolic > 90 ; Systolic > 140
ให้นำมาวัดซ้ำ และทำ FBS ต่อ

การตรวจร่างกายตามระบบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปเบื้องต้น

ปกติ
 ผิดปกติ
ระบุความผิดปกติ
.....
.....

เป็นสุขดี ไม่มีปัญหา

สรุปการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ดัชนี/ประเด็น	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง	หมายเหตุ
- ประวัติครอบครัว			
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
- พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์			
- โรคเบาหวาน			
- โรคความดันโลหิตสูง			
- โรคหัวใจหลอดเลือด			
- การบริโภคอาหาร			
- การรับประทานยา			
- การออกกำลังกาย			
- เครียด			
- ดัชนีมวลกาย(BMI) เกิน			
- สัดส่วนเอว/สะโพก (Waist-Hip Ratio) เกิน			
- ไขมันในเลือดสูง			

....

สรุปความเห็นของแพทย์ / ทีมสาธารณสุข
 ไม่พบความเสี่ยง

 ระดับความเสี่ยง

 มีความเสี่ยงต่ำ มีความเสี่ยงปานกลาง มีความเสี่ยงสูง

 มีปัจจัยเสี่ยง เรื่อง

 มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง ระบุ

สรุปผลจากแบบวัดคัดกรอง * แบ่งได้เป็น

1. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ

มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง (การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย)
 หรือ ดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 23-24.9 ถือว่า น้ำหนักเกินมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ถือว่าอ้วน
 หรือ เส้นรอบเอวล่าง ผู้ชาย มากกว่า 36 นิ้ว ผู้หญิง มากกว่า 32 นิ้ว

2. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง

มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป (การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

3. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

3.1 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง มีปัจจัยเสี่ยง 2 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี หรือ เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ติดต่อกัน

หรือ มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต

3.2 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยง 3-5 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ ระดับความดันโลหิตสูงมาก BP \geq 170/100 mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน (มากกว่า 2 ครั้งรอบการตรวจรักษา)

หรือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง

3.3 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงมาก มีปัจจัยเสี่ยง > 5 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรืออัมพาต

หรือ เป็นเบาหวานมีปัญหาระดับน้ำตาล

* คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นปฐมภูมิ

Harvard University, American Heart Association, The Cleveland Clinic Heart and Vascular Institute

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

