



แบบแสดงความจำนง

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาล..... ซึ่ง
ต่อไปในแบบแสดงความจำนงนี้เรียกว่า “หน่วยบริการ” มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมให้บริการสร้าง
เสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กับ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในแบบแสดงความจำนงนี้เรียกว่า “สำนักงาน” โดยมี
เงื่อนไขการให้บริการ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในแบบแสดงความจำนงนี้

“บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า การวางแผนครอบครัว การ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่แสดงความจำนงรับบริการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับหน่วยบริการหรือผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการหรือ
สถานบริการอื่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความประสงค์รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคกับหน่วยบริการ

ข้อ ๒ ข้อตกลงให้บริการ

(๑) การวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว ประกอบด้วย การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด การ
ฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย

(๒) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)

(๓) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติการเจ็บป่วย
ประวัติการเกิดโรคในครอบครัวที่เป็นความเสี่ยง และประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสื่อมของสุขภาพ
การตรวจร่างกายทั่วไป การวัดครชนิมวลกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดหลังอาหารโดยวิธีเจาะเลือด
ปลายนิ้วและเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้และสุศึกษา

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายแบบแสดงความ
จำนงนี้

ข้อ ๓ อัตราการจ่ายชดเชย

(๑) การวางแผนครอบครัว

การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด	แผงละ	๒๐ บาท
การฉีดยาคุมกำเนิด	เข็มละ	๖๐ บาท
การฝังยาคุมกำเนิด	ครั้งละ	๑๕๐ บาท
การใส่ห่วงอนามัย	ครั้งละ	๑๘๐ บาท

(๒) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) ๒๕๐ บาท/ครั้ง

(๓) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ ๕๐ บาท/คน/ปี

ข้อ ๔ การบันทึกข้อมูลให้บริการ

(๑) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลผ่านโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ได้ไม่เกินวันที่ ๓๐ ของเดือนถัดไป

(๒) บันทึกผลการให้บริการทุกครั้งที่ใช้บริการ ใน OPD card ของผู้รับบริการ หรือทะเบียนให้บริการโดยแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ

ข้อ ๕ วิธีการและระยะเวลาในการจ่ายชดเชยค่าบริการ

(๑) สำนักงานจะตรวจสอบและออกรายงานผลการบันทึกข้อมูลให้บริการรายบุคคลจากโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ทุกวันที่ ๑๒ ของเดือนหลังจากหน่วยบริการได้บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

(๒) สำนักงานจะพิจารณาจ่ายเงินให้หน่วยบริการภายในเดือนที่พิจารณาข้อมูลโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานมีสิทธิตรวจสอบการให้บริการ ดังนี้

(๑) สุ่มประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ

(๒) สุ่มประเมินบันทึกผลการให้บริการ ใน OPD card หรือทะเบียนให้บริการของหน่วยบริการ/สถานบริการ

ข้อ ๖ ให้ถือว่าแบบแสดงความจำนงนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขเลขที่ UC / ๒๕๕๑

ข้อ ๗ หน่วยบริการขอยืนยันว่าได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวแล้วในวันแสดงความจำนงครั้งนี้

แบบแสดงความจำนงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ขอส่งมอบให้
สำนักงาน ๑ ฉบับและเก็บที่หน่วยบริการอีก ๑ ฉบับเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการสมัครเข้าร่วม
ให้บริการ

ลงชื่อ.....สำนักงาน

(นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)

วันที่.....

ลงชื่อ.....หน่วยบริการ

(.....)

วันที่.....



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(รวมบิดามารดาหรือรวมบิดาหรือมารดา)

- 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

- ☐ ออกกำลังกาย ☐ ไม่ได้ออกกำลังกาย

ถ้าออกกำลังกาย

ความถี่

- ☐ ทุกวัน
- ☐ < 2 ครั้ง/สัปดาห์
- ☐ ไม่แน่นอน

เวลานาน

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

ประเภทการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ วิ่ง
- ☐ เดิน
- ☐ เล่นกีฬา ระบุ
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

5. การบริโภคอาหาร

แหล่งอาหาร ส่วนใหญ่

- ☐ ทำกินเอง ☐ ซื้อสำเร็จรูป
- ☐ ทั้งสองอย่าง

ประเภทอาหาร

ไขมัน,เนื้อสัตว์ติดมัน

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

แกงกะทิ

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

รสชาติที่ชอบส่วนใหญ่

- ☐ เค็ม ☐ เผ็ด
- ☐ หวาน ☐ อื่น ๆ ระบุ

ผัก ผลไม้

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

อาหารมือเข้า

- ☐ กิน ☐ ไม่แน่นอน
- ☐ ไม่กิน

6. การรับประทานยา

ยาลดไขมัน

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน

ฮอร์โมนทดแทน/วัยทอง

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน

ยาลดความดันโลหิตสูง

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน
- ระบุชื่อยา.....

7. สารเสพติด

สูบบุหรี่

- ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ สูบครั้งแรก อายุ ปี
ปัจจุบันสูบ มวน/วัน
- ☐ เคยสูบ แต่เลิกแล้ว
สูบครั้งแรกอายุ ปี
สูบนาน.... ปี เลิกสูบนาน ปี

ดื่มสุรา

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

8. พฤติกรรมความเครียด

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ท่านมีบุคลิก	งานและความรับผิดชอบ
☐ ใจร้อน	☐ งานหนัก
☐ หงุดหงิดง่าย	☐ ไม่มีเวลาพักผ่อน
☐ เอาจริงเอาจัง	☐ เพื่อนร่วมงานมีปัญหา
☐ รู้สึกกลัว/วิตกกังวล	☐ ทำงานไม่ได้ตั้งใจ
☐ ตื่นเต้นง่าย	☐ ถูกตำหนิบ่อย
☐ อื่นๆระบุ.....	☐ งานราบรื่นดีไม่มีปัญหา
ครอบครัว และสมาชิก	สังคม
☐ ต้องรับผิดชอบมาก	☐ ไม่ค่อยได้สนใจ
☐ สัมพันธภาพไม่ค่อยดี	☐ ช่างวุ่นวาย น่าเบื่อ
☐ ไม่ค่อยเข้าใจกัน	☐ โชคดีที่มีเพื่อนสนิทไม่เครียด
☐ ต่างคนต่างอยู่	☐ มีแต่คนเห็นแก่ตัวเอาเปรียบ
☐ ค่าใช้จ่ายมาก	☐ ทำใจได้สบาย ๆ
☐ ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน	
☐ เป็นสุขดี ไม่มีปัญหา	

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% ให้นัดทำ FBS ต่อ

ความดันโลหิต มม.ปรอท

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

การตรวจร่างกายตามระบบ

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

สรุปเบื้องต้น

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ

ระบุความผิดปกติ
.....
.....

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 น้ำหนักเกิน มากกว่าหรือเท่ากับ 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

* คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงขึ้นปฐมนิเทศ

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

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

