



สัญญาให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน  
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สัญญาเลขที่ ๔๒/pp/...../๒๕๕๑

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๒๐๐ ถนนแจ้งวัฒนะ  
ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๕๑ ระหว่าง  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล ผู้อำนวยการสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)ปฏิบัติงานแทนเลขานุการสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่ง กับ  
.....สำนักงานใหญ่/ที่อยู่เลขที่ ..... ซอย.....ถนน  
.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โดย  
.....ผู้ได้รับมอบอำนาจจาก  
.....ผู้มี  
อำนาจลงนามผูกพันตามหนังสือ.....เลขที่.....ลงวันที่.....และหนังสือมอบ  
อำนาจลงวันที่.....แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ  
สถานพยาบาลชื่อ.....ตั้งอยู่  
เลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ  
.....จังหวัด.....ตามใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่  
.....ลงวันที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ดำเนินงาน” อีก  
ฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในสัญญานี้

“บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์  
การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองความเสี่ยงต่อ  
สุขภาพ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับผู้ดำเนินงานหรือสถาน  
บริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งแสดงความจำนงรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับ  
ผู้ดำเนินงาน

## ข้อ ๒ ผู้ดำเนินงานตกลงให้บริการ ดังนี้

(๑) การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย ๔ ครั้ง หรือ จนกว่าจะคลอด (รวมถึงการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย การตรวจสุขภาพปาก และฟัน การขูดหินปูนและขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตแพทย์อย่างน้อย ๑ ครั้ง)

กรณีผู้ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้รับบริการจนถึงการคลอดให้ดำเนินการเจาะเลือดเด็กแรกเกิด เพื่อตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Thyroid Stimulating Hormone) หากพบว่าผิดปกติต้องติดตาม เด็กเพื่อตรวจยืนยัน

(๒) การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ภายหลังคลอดรวมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)

(๓) การวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว ประกอบด้วย การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด การ ฉีดยาคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย

(๔) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)

(๕) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพประกอบด้วย การซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการเกิดโรคในครอบครัวที่เป็นความเสี่ยง และประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสื่อมของสุขภาพ การตรวจร่างกายทั่วไป การวัดครรชนีมวลกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดหลังอาหารโดยวิธีเจาะเลือด ปลายนิ้วและเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้และสุขภาพศึกษา

รายละเอียดการให้บริการให้เป็นไปตามตามเอกสารแนบท้ายสัญญาฯ นี้ หรือตามแนวทางการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. ๒๕๔๕ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือคู่มืออื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

ข้อ ๓ ผู้ดำเนินงานตกลงให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน 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	๑๓ บาท
Hemoglobin typing	๒๕๐ บาท
α - thalassaemia	๓๕๐ บาท
การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด	๒,๕๐๐ บาท
ค่าตรวจ Mutation ในสายของเบต้าธาลัสซีเมีย	๑,๒๐๐ บาท

- (๓) ทัศนกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- |   |         |
|---|---------|
| ตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน | ๕๐ บาท  |
| ขูดหินปูนและขัดทำความสะอาดฟันทั้งปาก        | ๓๐๐ บาท |
- (๔) การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์
- |  |         |
|--|---------|
| ตรวจได้ ๑ ครั้ง รวมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) รายละ | ๔๐๐ บาท |
|--|---------|
- (๕) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) ครั้งละ
- |  |         |
|--|---------|
|  | ๒๕๐ บาท |
|--|---------|
- (๖) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- |  |              |
|--|--------------|
|  | ๕๐ บาท/คน/ปี |
|--|--------------|

ข้อ ๕ การบันทึกข้อมูลให้บริการ

(๑) ให้ผู้ดำเนินงาน บันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลผ่านโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ได้ไม่เกินวันที่ ๓๐ ของเดือนถัดไป

(๒) บันทึกผลการให้บริการทุกครั้งที่ได้รับบริการ ใน OPD card ของผู้รับบริการ หรือทะเบียนให้บริการโดยแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพประจำผู้ดำเนินงาน

ข้อ ๖ วิธีการและระยะเวลาในการจ่ายชดเชยค่าบริการ

(๑) สำนักงานจะตรวจสอบและออกรายงานผลการบันทึกข้อมูลให้บริการรายบุคคลจากโปรแกรมระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรุงเทพมหานคร (BPPDS) ทุกวันที่ ๑๒ ของเดือนหลังจากผู้ดำเนินงานได้บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

(๒) สำนักงานจะพิจารณาจ่ายเงินให้ผู้ดำเนินงานภายในเดือนที่พิจารณาข้อมูลโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้ดำเนินงาน

รายละเอียดกำหนดเวลาการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย  
สัญญา

ข้อ ๗ สำนักงานมีสิทธิตรวจสอบการให้บริการ ดังนี้

(๑) สุ่มประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ

(๒) สุ่มประเมินบันทึกผลการให้บริการ ใน OPD card หรือทะเบียนให้บริการของผู้ดำเนินงาน

ข้อ ๘ ผู้ดำเนินงานขอยืนยันว่าได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และได้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ประกันตนอยู่แล้วในวันแสดงความจำนงครั้งนี้

ข้อ ๙ ในกรณีที่ผู้ดำเนินงานผิดสัญญาหรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าความเสียหายขึ้นไม่ว่ากรณีใดๆ สำนักงานมีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ทันที และผู้ดำเนินงานที่ละเลยหรือละเวנדังกล่าวจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากผู้ดำเนินงานตามสัญญานี้ ผู้ดำเนินงานยินยอมให้สำนักงานหักออกจากจำนวนเงินสนับสนุนที่ค้างจ่าย และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และมีสิทธิเรียกเงินสนับสนุนดังกล่าวคืนได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลงานหรือกิจกรรมของการให้บริการในสิ่งพิมพ์หรือสื่อใดก็ตามในแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินงานต้องประกาศหรือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่า “ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษแล้วแต่กรณี หรือแจ้งข้อความดังกล่าวด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของ สำนักงาน ในบริเวณที่จัดกิจกรรม หรือในวัสดุ หรือเอกสารเผยแพร่ของการให้บริการทุกชิ้น

ผลงานและผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินงาน เป็นลิขสิทธิ์ของสำนักงาน หากมีการเผยแพร่ใดจะต้องได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากสำนักงานก่อน

ข้อ ๑๑ การขยายเวลาการดำเนินงานตามโครงการ ในกรณีที่มีเหตุสุดวิสัย หรือเหตุใด ๆ หรือพฤติการณ์อื่นหนึ่งอันใดที่ไม่สามารถปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามเงื่อนไขและกำหนดเวลาแห่งข้อตกลงนี้ ผู้ดำเนินงานต้องแจ้งเหตุหรือพฤติการณ์ดังกล่าวพร้อมหลักฐานเป็นหนังสือให้ สำนักงาน ทราบเพื่อขอขยายเวลาดำเนินการออกไป ภายใน ๑๕ วันนับถัดจากวันที่เหตุนั้นสิ้นสุดลง

การขยายเวลาในการดำเนินงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในดุลพินิจของสำนักงานที่จะพิจารณาตามที่เห็นสมควร

สัญญาี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ  
ข้อความในสัญญาี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน  
และต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....สำนักงาน

(นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินงาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

เอกสารแนบท้ายสัญญาให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ประกันตน  
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1

( เมื่อสงสัย / รู้ว่าตั้งครรภ์ / เมื่ออายุครรภ์  $\leq 2$  เดือน )

หัวข้อ	กิจกรรม	รายละเอียด
1.	ลงทะเบียนชั่งประวัติผู้รับบริการ	- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ประวัติสุขภาพทั่วไป
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	- ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต - ทดสอบการตั้งครรภ์ ( พิจารณาเป็นรายๆ ไป ) - ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
3.	ให้สุศึกษา ครั้งที่ 1 ( รายกลุ่ม )	- การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ - อาการที่พบได้ในระหว่างตั้งครรภ์และถือว่าปกติ - การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ - การดูแลสุขภาพทั่วไป - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ทัศนสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
4.	การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด	- ให้การปรึกษา ก่อนตรวจเลือด HIV - ให้การปรึกษา ก่อนตรวจเลือด 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 - ตรวจผิวหนังน่องด้านม - 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"> <li>- บันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ ของหญิงหลังคลอด</li> <li>- ตรวจเช็คสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (กรณีไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ออกให้ใหม่)</li> <li>- ตรวจสอบข้อมูลการคลอดของมารดา เช่น วัน เดือน ปี ที่คลอด วิธีการคลอด อาการผิดปกติขณะคลอดจากสมุดบันทึกแม่และเด็ก</li> <li>- ชักประวัติ เช่น อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหลดีหรือไม่ มีไข้ติดต่อกัน 2 วัน ลักษณะน้ำคาวปลา อาการเจ็บปวดท้อง อาการปวดฝีเย็บ พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และบัตรบันทึกผู้มารับบริการ</li> </ul>
2.	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ประเมินภาวะชืด ตรวจเต้านม วัดระดับมดลูก ตรวจดูฝีเย็บ ตรวจดูลักษณะน้ำคาวปลา พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบบันทึกผู้รับบริการ</li> </ul>
3.	ตรวจสอบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก	<p>ให้ได้ครบชุดตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เข็ม 2 ห่างจากเข็ม 1 1 เดือน</li> <li>- เข็ม 3 ห่างจากเข็ม 2 6 เดือน</li> <li>- เข็ม 4 ห่างจากเข็ม 3 10 ปี</li> <li>- กระตุ้นทุก 10 ปี</li> </ul>
4.	การวางแผนครอบครัว	<p>แนะนำการวางแผนครอบครัว เช่น ยาฉีด ยาฝัง ใส่วาง ทำหมันชาย/หญิง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีต้องการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัว</li> <li>- กรณีไม่ต้องการวางแผนครอบครัว ให้คำแนะนำถึงผลเสียของการไม่วางแผนครอบครัว</li> </ul>
5.	การตรวจมะเร็งปากมดลูก	<p>ให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับรับบริการวางแผนครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลผิดปกติตรวจซ้ำทุก 6 เดือน</li> <li>- ผลผิดปกติตรวจซ้ำทุก 3 ปี</li> </ul>



## แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

เลขที่ .....

ผู้ดำเนินงานที่ให้บริการคัดกรอง.....

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 ครั้งแรก อายุ ..... ปี  
ปัจจุบันสูบบุหรี่ ..... มวน/วัน
- เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว  
สูบบุหรี่ ครั้งแรกอายุ ..... ปี  
สูบบุหรี่ นาน..... 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/เมตร<sup>2</sup>

เส้นรอบเอว (วัดผ่านสะดือ) ..... นิ้ว

รอบสะโพก(ผ่านปุ่มกระดูก Ischium) ..... นิ้ว

ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย(DTX)..... มก.%

เจาะหลังรับประทานอาหาร ..... ชั่วโมง

\* กรณี เกิน  $\geq 110$  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 .....

.....

.....

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			
- <b>ไขมันในเลือดสูง</b>			

....

**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



