



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โซนทิศใต้ (อาคารจอตถ) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา  
๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช. ๕.๔๒ / ก. นว

มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอสำรวจเป้าหมายการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี๒๕๖๐

เรียน ผู้ประกอบกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่น/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลใน  
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจเป้าหมายการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี  
๒๕๖๐ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแผนใน  
การดำเนินงานการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี สำหรับกลุ่มเป้าหมายดังนี้

๑. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำคัญ ๗ โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หืด หัวใจ ไตวาย  
หลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน
๒. ผู้สูงอายุที่มีอายุ  $\geq 65$  ปี
๓. เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๒ ปี
๔. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ขอให้ท่าน  
สำรวจความต้องการใช้วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ของผู้รับบริการตามกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวและแจ้งไปยัง  
สำนักงาน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้สำนักงานจะนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการจัดสรรวัคซีน  
ป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้กับหน่วยบริการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา แจ้งผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปริญญ์ ชมวงษ์)  
รองผู้อำนวยการสำนัก ปฏิบัติงานแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทรศัพท์ ๐๒-๑๔๒ ๑๐๑๒

โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๘๗๗๒-๓

ผู้รับผิดชอบ พรณาวี ทิมเกิด



แบบสำรวจจำนวนเป้าหมายการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล  
ประจำปี ๒๕๖๐

**๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐**

วันที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....รพ.สถานพยาบาล.....

จำนวนความต้องการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประจำปี ๒๕๖๐ .....โดส

สถานที่ให้จัดส่งวัคซีน โปรตระกูล.....

ประมาณการณ์จำนวน จำแนกตามผู้รับบริการตามกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (คน)	ผู้สูงอายุที่มีอายุ $\geq$ ๖๕ ปี (คน)	เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี (คน)	หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป (คน)

ลงชื่อ.....

ตราประทับ (ถ้ามี)

( )

ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่

หมายเลขโทรศัพท์.....

กรุณาตอบกลับไปยัง

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิสใต้(อาคารจอดรถ) “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

ผู้รับผิดชอบ คุณพรนาวี ทิมเกิด

โทรศัพท์ ๐๒-๑๔๒-๑๐๑๒ โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๘๗๗๒-๓