



**คู่มือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ประจำปีงบประมาณ 2554**

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร**



*กลุ่มงานบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพและโรคเฉพาะ*

*<http://bkk.nhso.go.th>*

*โทรศัพท์ 0 – 2142 – 0932-33*

## สารบัญ

### หัวข้อ

### หน้า

#### การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปีงบประมาณ 2554

- |                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| - วัตถุประสงค์                                      | 1 |
| - หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าชดเชยบริการตามผลงาน | 1 |

#### รายละเอียดกิจกรรมการจ่ายค่าชดเชยบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- |                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. การฝากครรภ์ (ANC)                                                                                                              |     |
| - การฝากครรภ์ครั้งแรกของผู้รับบริการ                                                                                              | 2   |
| - การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ                                                                                            | 4   |
| 2. การตรวจยืนยันคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส                                                                       | 7-8 |
| 3. การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์                                                                        | 9   |
| 4. ทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์โดยทันตแพทย์                                                                                              | 9   |
| 5. การตรวจหลังคลอด                                                                                                                |     |
| - การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1                                                                                                       | 10  |
| - การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2                                                                                                       | 11  |
| 6. การวางแผนครอบครัว                                                                                                              | 12  |
| 7. การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากการพร่องไทโรอิดส์ฮอร์โมน<br>ในทารกแรกเกิด                                                        | 12  |
| 8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก อายุ 0-14 ปี<br>ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program) | 13  |

| <u>หัวข้อ</u>                                                                     | <u>หน้า</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 9. การประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 0-5 ปี                                             | 14          |
| 10. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็ก<br>อายุ 6 เดือน-ต่ำกว่า 15 ปีโดยทันตแพทย์ | 14          |
| 11. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่<br>อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์       | 15          |
| 12. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี                                                      |             |
| - การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข                                   | 15          |
| - การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear                                   | 15          |
| 13. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)               | 16          |
| 14. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)           | 17          |
| 15. การให้คำปรึกษา (Counseling) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง                     | 18          |
| 16. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง                       | 18          |

## ภาคผนวก

### หัวข้อ

### หน้า

#### ภาคผนวก 1

กิจกรรมการให้บริการแยกตามหน่วยบริการ/ สถานบริการ

UC และ Non UC

20-21

#### ภาคผนวก 2

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2554

แยกตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ

22-23

#### ภาคผนวก 3

ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกลับสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

24

#### ภาคผนวก 4

แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2554

พื้นที่กรุงเทพมหานคร

25-29

#### ภาคผนวก 5

อัตราค่าชดเชยการให้บริการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประจำปีงบประมาณ 2554

30-32

หัวข้อ

หน้า

**ภาคผนวก 6**

รายชื่อผู้ประสานงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ประจำปีงบประมาณ 2554

33

**ภาคผนวก 7**

คู่มือการบันทึกรายงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร 2554

34-76

## การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปีงบประมาณ 2554

ปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

บริหารงบประมาณ โดยเน้นจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน และคุณภาพบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม
2. เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการเชิงรุกในหน่วยบริการปฐมภูมิ

### หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าชดเชยบริการตามผลงาน

1. ต้องมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลครบถ้วนตามโปรแกรมบันทึกข้อมูลที่กำหนด
2. ให้บริการตามมาตรฐานกรมอนามัย และ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานครกำหนด โดยมีหลักฐานบันทึกการให้บริการเก็บไว้ที่หน่วยบริการ / สถานบริการ ทั้งนี้สำนักงานจะดำเนินการกำกับติดตามประเมินผลรวมทั้งการตรวจสอบการให้บริการ (Clinical & Financial audit) กรณีไม่มีหลักฐานการจัดบริการ สำนักงานขอใช้สิทธิเรียกเงินคืน
3. สำนักงานจะดำเนินการจ่ายค่าชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการที่ได้ให้บริการตามเงื่อนไข และบันทึกข้อมูลการให้บริการที่ครบถ้วนเข้ามาเป็นรายแรก

ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดรายการ และอัตราค่าชดเชยบริการ ของการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย ดังนี้

- การฝากครรภ์
- การตรวจยืนยันคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส
- การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์
- บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตแพทย์
- การตรวจหลังคลอด
- การวางแผนครอบครัว
- การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากการพร่องไทโรอิดฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี (EPI Program)
- การประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี
- บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กอายุ 6 เดือน – 14 ปี โดยทันตแพทย์
- บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์
- การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

- การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน รวมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน
- การให้คำปรึกษา (Counseling) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

## รายละเอียดกิจกรรมและการจ่ายค่าชดเชยบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

### 1. การฝากครรภ์ (ANC)

#### 1.1 การฝากครรภ์ครั้งแรกของผู้รับบริการ

หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ของผู้รับบริการที่หน่วยบริการ / สถานบริการ และได้รับการบริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน โดยถือว่าข้อมูลที่สำคัญงานฯ ได้รับจากหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลมาให้ก่อนเป็นสิทธิของหน่วยบริการนั้นที่จะได้รับการชดเชยบริการจากสำนักงานฯ

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ผู้มีสัญชาติไทย

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
  - 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
  - 3) สิทธิว่างที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้รับการชดเชยเฉพาะครั้งแรกเท่านั้น
- หมายเหตุ** สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
  - ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต
2. ตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจครรภ์
3. การให้คำปรึกษา (Counseling) ก่อนตรวจเลือด
  - ก่อนตรวจเลือด HIV และ ชาติสซีเมีย
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ที่ต้องทำ)
  - ตรวจปัสสาวะ หาน้ำตาลและไข่ขาว
  - CBC / Hct (ให้เลือกเจาะ CBC หรือ Hct อย่างใดอย่างหนึ่ง)

- OF หรือ MCV และ DCIP หรือ E- screening
- VDRL
- HbsAg
- HIV
- Blood group
- Rh group (ตรวจตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)

5. การให้คำแนะนำรายบุคคล เรื่อง

- การตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ฯลฯ

6. จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น

- ยาเสริมกรดโฟลิก
- ยาเสริมธาตุเหล็ก
- เกลือไอโอดีน(ตามวินิจฉัยของแพทย์)

7. การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

8. วัคซีนป้องกันบาดทะยัก หูยิงมีครรภ์ ถ้ายังไม่เคยได้รับวัคซีนในเด็กให้ฉีดตามกำหนด 0, 1 , 6 เดือน และกระตุ้นทุก 10 ปี (ตามมาตรฐานการฉีดวัคซีน dT ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข , 2550)

**เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ**

1. หน่วยบริการ / สถานบริการ ต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้อง ให้บริการ ยกเว้นข้อ 6 และ8 ตามความจำเป็นและวินิจฉัยของแพทย์

2. ผู้รับบริการ 1 คนได้รับการชดเชย 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ 1 ครั้งเท่านั้น กรณีมีการซ้ำซ้อน (ไปรับบริการ 2 หน่วย) จะต้องมีการตรวจสอบก่อน และหน่วยที่ให้บริการเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับการชดเชยเป็นอัตรา ANC ครั้งต่อไป

2.1 กรณีสำนักงานฯได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการ / สถานบริการ 2 หน่วยจากผู้รับบริการรายเดียวกันและมีการส่งข้อมูลเข้ามาที่สำนักงานฯ ภายในวันเดียวกัน

1) สำนักงานฯจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการก่อนและครบถ้วน ตามเงื่อนไขที่สำนักงานฯกำหนด ส่วนหน่วยบริการอื่นจะได้รับการชดเชยเป็นกรณี ANC ครั้งต่อไป

2) การเกิดความซ้ำซ้อนของการบันทึกบริการจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการส่งข้อมูลเข้ามาในวันเดียวกัน ข้อมูลที่ส่งก่อนจะถูกนำมาประมวลผลก่อน ดังนั้นหน่วยบริการต้องส่งข้อมูลทุกวัน

## 2.2 กรณีบันทึกข้อมูลไม่ทันการตัดรอบประมวลผลการจ่ายเงิน

### 1) กรณีส่งข้อมูลให้บริการช้า

- ข้อมูลการให้บริการไม่ช้ากับที่จ่ายเงินไปแล้ว ให้หน่วยบริการส่งประมวลผลเข้าตัดตามรอบการจ่ายเงินล่าช้าปลายปีงบประมาณ
- ข้อมูลการให้บริการช้ากับที่สำนักงานฯ ประมวลผลข้อมูลจ่ายเงินไปแล้ว หน่วยบริการที่ส่งข้อมูลช้ากว่างวดการประมวลผลตัดรอบการจ่ายเงิน จะเก็บไว้จ่ายปลายปีในกลุ่มส่งช้า และจ่ายเงินเป็นการ ANC ครั้งต่อไป

### ทางเลือกให้หน่วยบริการ

- สำนักงานฯ จะแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลช้ากับที่จ่ายค่าชดเชยแล้วผ่านทางโปรแกรม BPPDS หน้า

### ตรวจสอบการประมวลผล

- ถ้าหน่วยบริการ / สถานบริการ ไม่ยินยอม และยืนยันว่าได้ให้บริการ ANC ครั้งแรกจริงให้ทางหน่วยบริการ / สถานบริการ ทำหนังสือแจ้งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทางกลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและบริหารโรคเฉพาะสืบหาข้อเท็จจริงต่อไป และสำนักงานฯ จะแจ้งผลการตัดสินใจชดเชยบริการให้หน่วยบริการ / สถานบริการ เมื่อทราบข้อเท็จจริงและ จ่ายชดเชยบริการตามข้อเท็จจริงให้ในงวดถัดไป

3. กรณีสิทธิว่าจะได้รับการชดเชยเฉพาะการฝากครรภ์เพียงครั้งแรกเท่านั้น โดยขอให้หน่วยบริการ / สถานบริการ ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการให้กับผู้รับบริการเพื่อรับบริการครั้งต่อไปตามสิทธิ

4. การเบิกชดเชยบริการนี้ต้องดำเนินการในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น

5. การชดเชยบริการนี้เฉพาะกรณีการฝากครรภ์ปกติ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการตรวจรักษาโรคให้เบิกชดเชยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ

## 1.2 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัญชาติไทย

### สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

### ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
  - ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต
2. ตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจครรภ์
3. การให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตรวจเลือด
  - หลังตรวจเลือด HIV และ ชาติสซีเมีย
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจConfirm ตามวินิจฉัยของแพทย์)
  - Confirm VDRL 1 ครั้ง
  - Confirm HIV 1 ครั้ง
  - ตรวจปัสสาวะหาน้ำตาลและไข่ขาว
5. การให้คำแนะนำรายบุคคล
  - การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ฯลฯ
6. จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามความจำเป็น
  - ยาเสริมกรดโฟลิก
  - ยาเสริมธาตุเหล็ก
  - เกลือไอโอดีน (ตามวินิจฉัยของแพทย์)
7. การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
8. ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้ง

### เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ
2. กรณีมีการให้บริการที่ซ้ำซ้อนในระยะเวลาใกล้เคียงกัน โดยไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบการให้บริการและขอสงวนสิทธิในการจ่ายชดเชยบริการนั้น
3. บริการนี้ต้องดำเนินการในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น
4. การชดเชยบริการนี้เฉพาะกรณีการฝากครรภ์ปกติ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการตรวจรักษาโรคให้เบิกชดเชยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ

### หมายเหตุ

1. ในการรับบริการฝากครรภ์(ANC) สำนักงานฯได้ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการตรงตามบัตร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรับบริการ และการส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อในช่วงอายุครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถไปรับบริการตรงตามบัตรได้ และไปรับบริการยังหน่วยงานของท่าน ขอให้หน่วยบริการให้บริการฝากครรภ์แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการฝากครรภ์

2. สำนักงานฯยังคงยึดระบบการส่งต่อไปฝากครรภ์ยังหน่วยบริการรับส่งต่อตามระบบเดิม กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิยังต้องส่งใบส่งตัว และหลักฐานการฝากครรภ์รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อหน่วยบริการรับส่งต่อจะสามารถดูแลผู้รับบริการได้ทั้งในกรณีที่อยู่ในภาวะปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน

3. ในการบันทึกข้อมูลครั้งที่ของการรับบริการ ให้บันทึกครั้งที่รับบริการของหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก ยกตัวอย่างเช่น ครั้งที่ 1-4 ไปรับบริการที่คลินิกเวชกรรม A ครั้งที่ 5-6 ไปรับบริการที่โรงพยาบาล B โรงพยาบาล B จะต้องบันทึกตามครั้งที่ผู้รับบริการจริงมารับบริการคือบันทึกเป็นครั้งที่ 5-6

4. สำนักงานฯส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความต่อเนื่องของการรับบริการ ดังนั้นให้หน่วยบริการ/สถานบริการลงบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้รับบริการลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กทุกครั้ง

## 2. การตรวจยืนยันคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัญชาติไทยและสามี

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

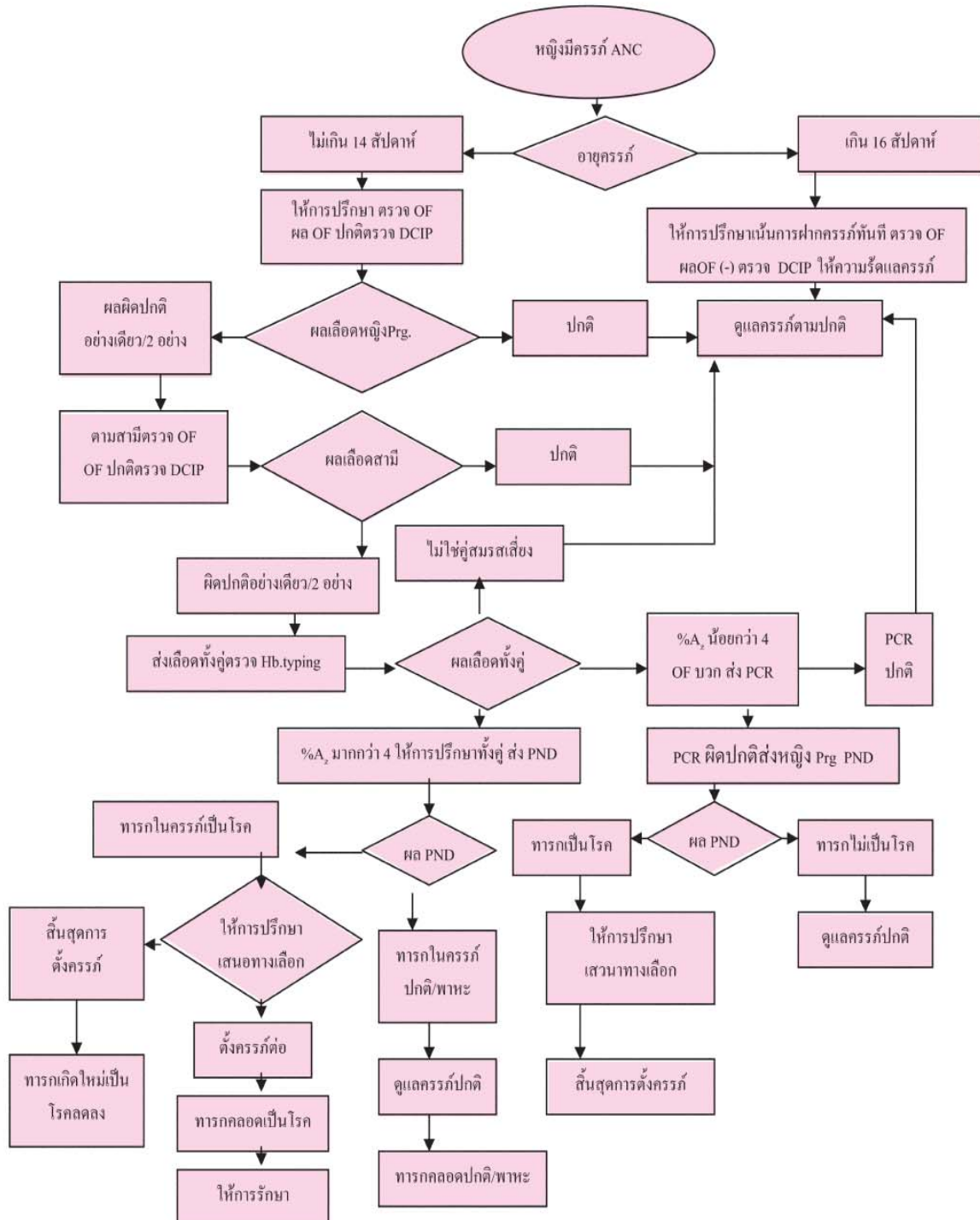
เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. กรณีมีการให้บริการที่ซ้ำซ้อนในระยะเวลาใกล้เคียงกัน โดยไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบการให้บริการและขอสงวนสิทธิ์ในการจ่ายชดเชยบริการนั้น
3. กรณีที่ภรรยาตรวจคัดกรองOF/MCV และDCIP/E-Screening พบความผิดปกติ*แต่ไม่สามารถติดตามสามีมาตรวจยืนยันผลได้* ขอให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ในการส่งตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียทารกในครรภ์ในขั้นตอนต่อไป

| กิจกรรม                                                                  | จำนวนความถี่ในการตรวจ |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1.OF/MCV (ตรวจสามีกรณีหญิงตั้งครรภ์พบความผิดปกติ)                        | รายละครั้งเดียว       |
| 2.DCIP/E screening (ตรวจสามีกรณีหญิงตั้งครรภ์พบความผิดปกติ)              | รายละครั้งเดียว       |
| 3.Hb typing (ตรวจทั้งสามีและภรรยากรณีOF/MCVหรือDCIP/E screening ผิดปกติ) | รายละครั้งเดียว       |
| 4.Alpha thalassemia-1                                                    | รายละครั้งเดียว       |
| 5.Mutationในสายของเบต้าธาลัสซีเมีย                                       | รายละครั้งเดียว       |
| 6.PND ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด                                    | รายละครั้งเดียว       |

## ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

### แนวปฏิบัติการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติของประเทศไทย



### 3. การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1. เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจดูอายุทารกในครรภ์ โดยแพทย์ ดังนั้นต้องมีการลงอายุครรภ์และกำหนดคลอด (EDC) ในโปรแกรมด้วย
2. ผู้รับบริการต้องมีการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการนั้น
3. การชดเชยการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์
  - 3.1 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ครั้งแรกในหญิงตั้งครรภ์
    - ให้งานบริการที่ทำการตรวจอัลตราซาวด์เป็นผู้เบิกผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด
  - 3.2 กรณีที่มีการตรวจอัลตราซาวด์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
    - สำนักงานถือว่าเป็นการรับบริการรักษาผู้ป่วยนอก (OP) ให้เบิกชดเชยตามระบบ OP ปกติที่สำนักงานกำหนด

### 4. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตแพทย์

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

## เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

### 1. กรณีเป็นคลินิกทันตกรรมคู่สัญญาร่วมบริการ

- ต้องได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบ UC ที่ให้บริการฝากครรภ์ โดยมีเอกสารการส่งต่อที่สำนักงานฯ กำหนด
- ให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น

### 2. กรณีเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคู่สัญญาร่วมให้บริการ งาน

#### สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ประกันตนและข้าราชการ (Non UC)

- ต้องมีบริการทันตกรรมในหน่วยบริการ/สถานบริการ
- ให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น

## 5. การตรวจหลังคลอด

### 5.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย หญิงหลังคลอดสัญชาติไทย

#### สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

#### ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. ชักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
2. ตรวจร่างกาย มดลูก ตรวจเต้านม และตรวจการไหลของน้ำนม
3. ชักถามการให้นมบุตร ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. ให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว

## เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ
2. บริการนี้ต้องดำเนินการในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น และห้ามเบิกชดเชยซ้ำซ้อนกับบริการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

## 5.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2

กลุ่มเป้าหมาย หญิงหลังคลอดสัญชาติไทย

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ สิทธินี้ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิข้าราชการเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประมาณ

ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. ชักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
2. ตรวจร่างกาย มดลูก ตรวจเต้านม และตรวจการไหลของน้ำนม
3. ชักถามการให้นมบุตร ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. ให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ

หมายเหตุ :

1. กรณีการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 หน่วยบริการไม่ได้ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สำนักงานฯจะจ่ายชดเชยเพียง 150 บาทเท่านั้น
2. กรณีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูก การจ่ายค่าชดเชยจะเกิดขึ้นเมื่อหน่วยบริการ / สถานบริการ บันทึกการตรวจและผลการตรวจลงในโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งสตรีแล้วเท่านั้น
3. กรณีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังคลอดแล้วจะไม่สามารถใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อีกในปีงบประมาณนั้น

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. ควรให้บริการตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ
2. บริการนี้ต้องดำเนินการในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น และห้ามเบิกชดเชยซ้ำซ้อนกับบริการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

## 6. การวางแผนครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์สัญชาติไทย

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (เฉพาะการคุมกำเนิดชั่วคราว)
- 3) สิทธิข้าราชการ ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. การรับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดจ่ายไม่เกินปีละ 13 แผง
2. การรับบริการยาฉีดคุมกำเนิด ไม่เกินปีละ 4 ครั้ง
3. การรับบริการยาฝังคุมกำเนิด ครั้งละ 3 ปี
4. การรับบริการห่วงอนามัยไม่เกินปีละ 1 ครั้ง
5. การทำหมันเปียกถือเป็นกรณีผู้ป่วยใน(IP)ให้เบิกชดเชยจากระบบปกติที่สำนักงานกำหนด

## 7. การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากการพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

กลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิดทุกคน

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

ทุกสิทธิ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการที่ได้รับการชดเชยบริการนี้
  - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ตามอัตราที่สำนักงานฯ กำหนดร่วมกับกรมวิทย์ฯ)
  - โรงพยาบาลศิริราช (ตามอัตราที่สำนักงานฯ กำหนดร่วมกับโรงพยาบาลศิริราช)
  - หน่วยบริการ/สถานบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ดำเนินการตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนครั้งแรก และการตรวจยืนยัน กรณีผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติเองและไม่ได้ส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลศิริราช เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้น
2. กรณีที่หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งส่งตรวจคัดกรอง ไทรอยด์ฮอร์โมนทั้งกรณีการตรวจครั้งแรกและการตรวจยืนยัน ที่หน่วยงาน
  - ก) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
  - ข) โรงพยาบาลศิริราช

สำนักงานฯ จะเป็นผู้ดำเนินการจ่ายชดเชยบริการแก่หน่วย ก) และ ข) ทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าว จะไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการ/สถานบริการในเขตกรุงเทพมหานครที่ส่งตรวจได้ และหน่วย บริการ / สถานบริการที่เป็นผู้ส่งสิ่งส่งตรวจ จะสามารถกู้ข้อมูลผ่าน โปรแกรมที่สำนักงานกำหนดเพื่อเบิก ค่าชดเชยการส่งข้อมูลได้

3. การส่งข้อมูลในโปรแกรมกรณีเด็กยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนให้จัดส่งข้อมูล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เพิ่มเติมด้วย

## 8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program)

กลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิดทุกคน

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ ทุกสิทธิ

ตารางกำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข  
กรณีเริ่มให้ตั้งแต่แรกเกิดหรือภายในขวบปีแรก

| อายุ        | วัคซีนที่ให้   | ข้อแนะนำ                                                      |
|-------------|----------------|---------------------------------------------------------------|
| แรกเกิด     | BCG            | เด็กติดเชื้อเอชไอวี(HIV)ที่มีอาการของโรคเอดส์<br>ไม่ให้BCG    |
|             | HB1            | HB1 ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง                          |
| 1 เดือน     | HB1.1          | ฉีดในกรณีที่มารดาตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี                  |
| 2 เดือน     | DTP1-HB1,OPV1  |                                                               |
| 4 เดือน     | DTP2-HB2 ,OPV2 |                                                               |
| 6 เดือน     | DTP3-HB3,OPV3  |                                                               |
| 9 เดือน     | MหรือMMR1      | หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9 เดือนให้รีบติดตามฉีด<br>โดยเร็วที่สุด |
| 1 ½ ปี      | DTP4,OPV4      |                                                               |
|             | JE1,JE2        | ควรให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์                              |
| 2 ½ ปี      | JE 3           |                                                               |
| 4 ปี        | DTP 5,OPV5     |                                                               |
| 6 ปี (ป.1 ) | MMR2 ,dT ,OPV  | dT ,OPV ให้เฉพาะกรณีได้รับวัคซีน DTP ,OPV ไม่<br>ครบ 5 ครั้ง  |
| 12 ปี(ป.6)  | dT             | ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข                           |

ที่มา : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

ตรวจร่างกายพื้นฐาน ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก ,วัดความยาว ( ส่วนสูง ),วัดรอบศีรษะ ,วัดรอบหน้าอก , วัดอุณหภูมิ ตรวจประเมินภาวะโภชนาการ (ตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก )และลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

### เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ

1. กรณีที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ สำนักงานฯ จะงดการจ่ายชดเชยค่าบริการครั้งนั้นๆ
2. การส่งข้อมูลกรณีเด็กยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนให้จัดส่งข้อมูล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เพิ่มเติมด้วย

## 9. การประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 0 - 5 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กสัญชาติไทยอายุ 0 - 5 ปี

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ ทุกสิทธิ

ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. ตรวจประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
2. ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกายทั่วไป ประเมินพัฒนาการ
3. แนะนำการเลี้ยงดูเด็ก การดื่มนมแม่ใน 6 เดือนแรก

### เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน
2. เบิกชดเชยได้ไม่เกินเดือนละ 1 ครั้ง หรือตามนัดการรับบริการวัคซีน

## 10. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กอายุ 6 เดือน- 14 ปีโดยทันตแพทย์

กลุ่มเป้าหมาย เด็กสัญชาติไทยอายุ 6 เดือน – 14 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ ให้บริการในกลุ่ม เด็กอายุ 6 เดือน – ต่ำกว่า 15 ปี
- 2) การบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟัน ให้บริการในกลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี
- 3) การบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้ฟลูออไรด์เด็กกลุ่มเสี่ยง ให้บริการในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน – 14 ปี

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ ทุกสิทธิและสิทธิว่างเฉพาะการรับบริการครั้งแรกเท่านั้น

### เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ

1. บริการนี้สำนักงานฯ จ่ายชดเชยให้เฉพาะศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และ หน่วยบริการ/สถานบริการที่มีบริการทันตกรรมในหน่วยงาน

2. ผู้รับบริการต้องได้รับบริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครสามารถให้บริการโดยทันตภิบาลที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของทันตแพทย์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขได้

## 11. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีสัญชาติไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พำนักอาศัยจริงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและสิทธิว่างเฉพาะการรับบริการครั้งแรกเท่านั้น

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ
2. ผู้รับบริการต้องได้รับบริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครสามารถให้บริการโดยทันตภิบาลที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของทันตแพทย์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข
3. ชดเชยบริการบริการให้เฉพาะ หน่วยบริการ/สถานบริการที่มีบริการทันตกรรมในหน่วยงาน

## 12. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

### 12.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย ผู้หญิงสัญชาติไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พำนักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พำนักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) สิทธิข้าราชการพำนักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (การเบิกชดเชยต้องไม่ซ้ำซ้อนกับสำนักงานประมาณ)

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

บุคลากรสาธารณสุขควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ตรวจได้ไม่เกิน 3 ครั้ง / ราย / ปี

### 12.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

กลุ่มเป้าหมาย ผู้หญิงสัญชาติไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

### สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) สิทธิข้าราชการที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (การเบิกชดเชยต้องไม่ซ้ำซ้อนกับสำนักงานประมาณ)

### เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. ให้บริการได้เพียงคนละ 1 ครั้งต่อปี โดยนับช่วงเวลาการให้บริการตามปีงบประมาณ (วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – วันที่ 30 กันยายน 2554)
2. การลงผลการตรวจ หน่วยบริการ/สถานบริการต้องบันทึกข้อมูลลงใน The Bethesda 2001 Cytologic Report และรายงานการติดตามการรับการรักษาตามโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด หากไม่มีการบันทึกข้อมูลลงใน The Bethesda 2001 Cytologic Report สำนักงานจะงดการจ่ายชดเชย ไม่ว่าจะเป็นกรณีปกติ หรือผิดปกติก็ตาม

## 13. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

### กลุ่มเป้าหมาย

มีรายละเอียดดังนี้

- 1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ผู้มีสัญชาติไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง
- 2) การตรวจ Total Cholesterol กรณีมีข้อบ่งชี้ 3 อย่าง ดังนี้ มีประวัติเสี่ยง, มีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ตรม<sup>2</sup> และเป็นผู้มีสัญชาติไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ต้องเป็นการเจาะจากเส้นเลือดดำ และส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเท่านั้น

### สิทธิที่ได้รับการชดเชยบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) สิทธิข้าราชการ (การเบิกชดเชยต้องไม่ซ้ำซ้อนกับสำนักงานประมาณ)

### ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

1. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจเลือดโดย DTX หรือ FBS เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
2. กรณีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม<sup>2</sup> ควรได้รับการตรวจ Total Cholesterol โดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

### เงื่อนไขการขอตรวจบริการ

1. การเบิกขอตรวจบริการที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ DTX หรือ FBS รวมถึง Total Cholesterol ทางเส้นเลือดดำ ในการรับบริการของสิทธิข้าราชการต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิกขอตรวจจากสำนักงานประมาณ
2. การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยแบบสัมภาษณ์ให้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ที่สำนักงานกำหนดเท่านั้น
3. ให้บริการได้เพียงคนละ 1 ครั้งต่อปี โดยนับช่วงเวลาการให้บริการตามปีงบประมาณ (วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – วันที่ 30 กันยายน 2554)
4. การบันทึกลงในโปรแกรม BPPDS จะต้องบันทึกผลการคัดกรองทั้งหมดภายในวันเดียวกัน

### เท่านั้น

5. สำนักงานฯจะไม่รับอุทธรณ์ทุกกรณี เพราะระบบจะไม่รองรับกรณีที่ไม่ได้ส่งข้อมูลทั้งหมดในวันเดียวกัน หน่วยบริการ / สถานบริการจึงควรรอผลการตรวจให้พร้อมแล้วบันทึกเพียงครั้งเดียว

**14. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน รวมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมาย** ผู้มีสัญชาติไทยที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน

### สิทธิที่ได้รับการขอตรวจบริการ

- 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) สิทธิประกันสังคมพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) สิทธิข้าราชการ

### ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

สำนักงานจะแจ้งแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นทางการในภายหลัง

### เงื่อนไขการขอรับบริการ

1. กิจกรรมนี้สงวนสิทธิเฉพาะหน่วยบริการ / สถานบริการ / หน่วยงานที่ทำข้อตกลง / สัญญา ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
2. กิจกรรมนี้จะได้รับการขอรับเมื่อหน่วยบริการ/สถานบริการสมัครเข้าร่วมโครงการกับหน่วยงาน/องค์กรที่สำนักงานฯ มอบหมาย ให้ดูแลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## 15. การให้คำปรึกษา (Counseling) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้มีสัญชาติไทยที่มีภาวะ Pre-DM และ Pre-HT หรือป่วยด้วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง

**สิทธิที่ได้รับการขอรับบริการ** สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานครตรงหน่วยบริการ  
**ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)** บริการการให้คำปรึกษาด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การออกกำลังกาย
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. การรับประทานยาและการดูแลตนเอง
5. อื่นๆ ตามสภาวะผู้รับบริการ

### เงื่อนไขการขอรับบริการ

1. ผู้ให้บริการต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวุฒิไม่ต่ำกว่า ปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 5 วัน จากหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผ่านการรับรอง ( กรณีให้ความรู้ทั่วไป ไม่นับเป็นการให้คำปรึกษา จึงไม่ต้องบันทึกโปรแกรม )
2. ค่าบริการไม่เกิน เดือนละ 1 ครั้ง โดยการให้บริการไม่เกินคนละ 12 ครั้งต่อปี  
- บริการนี้ต้องดำเนินการในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น และห้ามเบิกขอรับซ้ำซ้อนกับบริการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

## 16. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรค มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง

### สิทธิที่ได้รับการขอรับบริการ

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. สิทธิข้าราชการที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

## ข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ (กิจกรรมย่อย)

### กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

1.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)

1.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถามให้ผลบวก

1.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 7

1.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามให้ผลบวก **และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด**

### กิจกรรมขั้นตอนที่ 2

ติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน หรืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

## เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ

1. สำนักงานฯจะขอชดเชยบริการให้เฉพาะหน่วยบริการที่ผ่านการอบรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. ต้องมีการดำเนินกิจกรรมครบถ้วนในแต่ละขั้นตอน จึงจะสามารถเบิกขอชดเชยบริการได้
3. บริการนี้ห้ามเบิกขอชดเชยซ้ำซ้อนกับบริการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

## หมายเหตุ

1. อัตราค่าชดเชยบริการทุกรายการให้ถือตามอัตราเดิมของปีงบประมาณ 2553 จนกว่าจะมีประกาศแจ้งเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นทางการอีกครั้ง
2. เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ หากมีการปรับเปลี่ยน สำนักงานฯจะประกาศแจ้งเป็นทางการอีกครั้ง

## ภาคผนวก 1

### กิจกรรมการให้บริการแยกตามหน่วยบริการ/ สถานบริการ UC และ Non UC

| กิจกรรมการให้บริการ                                                                                                                        | สิทธิที่สามารถให้บริการได้                                                                                                                               |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                            | หน่วยบริการ UC                                                                                                                                           | สถานบริการ NON UC                                      |
| 1.การฝากครรภ์(ANC)<br>- ครั้งแรก<br>- ครั้งที่สอง                                                                                          | UC / SSS / สิทธิว่าง<br>UC / SSS                                                                                                                         | SSS<br>SSS                                             |
| 2.การตรวจยืนยันคัดกรอง ชาติพันธุ์ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส                                                                                 | UC / SSS / สิทธิว่าง<br>กรณีคู่สมรสได้ทุกสิทธิ                                                                                                           | SSS<br>กรณีคู่สมรสได้ทุกสิทธิ                          |
| 3.ตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์                                                                                     | UC / SSS / สิทธิว่าง                                                                                                                                     | SSS                                                    |
| 4.บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ โดยทันตแพทย์                                                                                | UC / SSS / สิทธิว่าง                                                                                                                                     | SSS                                                    |
| 5.การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด                                                                                                                | UC / SSS / สิทธิว่าง                                                                                                                                     | SSS                                                    |
| 6.การวางแผนครอบครัว<br>-ยาเม็ดคุมกำเนิด<br>-ยาฉีดคุมกำเนิด<br>-ยาฝังคุมกำเนิด<br>-การใส่ห่วงอนามัย<br>-หมันชาย<br>-หมันหญิง(เฉพาะหมันแห้ง) | UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง<br>UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง<br>UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง<br>UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง<br>UC / สิทธิว่าง<br>UC / สิทธิว่าง | SSS/ OFC<br>SSS/ OFC<br>SSS/ OFC<br>SSS/ OFC<br>-<br>- |
| 7.การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด                                                                      | ทุกสิทธิ                                                                                                                                                 | ทุกสิทธิ                                               |

| กิจกรรมการให้บริการ                                                                                                          | สิทธิที่สามารถให้บริการได้                               |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                                                              | หน่วยบริการ UC                                           | สถานบริการ NON UC      |
| 8.การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-14ปี ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program ) | UC / OFC / สิทธิว่าง<br>ต่างคำ                           | OFC                    |
| 9.การประเมินพัฒนาการเด็กอายุ0-5 ปี                                                                                           | UC / OFC / สิทธิว่าง                                     | OFC                    |
| 10.บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กอายุ 6 เดือน - 14 ปี โดยทันตแพทย์                                                      | UC / OFC / สิทธิว่าง                                     | OFC                    |
| 11.บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์                                                       | UC                                                       | -                      |
| 12.การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี<br>-การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม<br>-การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear                 | UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง<br>UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง | SSS / OFC<br>SSS / OFC |
| 13.การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก(Metabolic disease)                                                            | UC / SSS / OFC / สิทธิว่าง                               | SSS / OFC              |
| 14.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)                                                   | UC / SSS / OFC                                           | SSS / OFC              |
| 15.การให้คำปรึกษา (Counseling)โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง                                                                  | UC / สิทธิว่าง                                           | -                      |
| 16.การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเมะเร็งโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง             | UC / OFC                                                 | -                      |

ภาคผนวก 2

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2554

แยกตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ

| ลำดับ | กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ                                                                                               | สิทธิที่ได้รับบริการ |             |           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-----------|
|       |                                                                                                                             | UC                   | NON UC      |           |
|       |                                                                                                                             |                      | ประกันสังคม | ข้าราชการ |
| 1     | การฝากครรภ์(ANC)                                                                                                            | /                    | /           |           |
| 2     | การตรวจยืนยันคัดกรอง ชาติพันธุ์ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส                                                                    | /                    | /           |           |
| 3     | ตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์                                                                        | /                    | /           |           |
| 4     | บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ โดยทันตแพทย์                                                                   | /                    | /           |           |
| 5     | การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด                                                                                                   | /                    | /           |           |
| 6     | การวางแผนครอบครัว                                                                                                           |                      |             |           |
|       | -ยาเม็ดคุมกำเนิด                                                                                                            | /                    | /           | /         |
|       | -ยาฉีดคุมกำเนิด                                                                                                             | /                    | /           | /         |
|       | -ยาฝังคุมกำเนิด                                                                                                             | /                    | /           | /         |
|       | -การใส่ห่วงอนามัย                                                                                                           | /                    | /           | /         |
|       | -หมันชาย                                                                                                                    | /                    |             |           |
|       | -หมันหญิง(เฉพาะหมันแหว่ง)                                                                                                   | /                    |             |           |
| 7     | การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด                                                         | /                    |             | /         |
| 8     | การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program ) | /                    |             | /         |
| 9     | การประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี                                                                                           | /                    |             | /         |
| 10    | บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กอายุ 6 เดือน - 14 ปี โดยทันตแพทย์                                                        | /                    |             | /         |

| ลำดับ | กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ                                                                                                                                             | สิทธิที่ได้รับบริการ |             |           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-----------|
|       |                                                                                                                                                                           | UC                   | NON UC      |           |
|       |                                                                                                                                                                           |                      | ประกันสังคม | ข้าราชการ |
| 11    | บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์                                                                                                      | /                    |             |           |
| 12    | การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี                                                                                                                                                  |                      |             |           |
|       | -การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่                                                                                                                                 | /                    | /           | /         |
|       | -การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีPap smear อายุ 15-60 ปี                                                                                                               | /                    | /           | /         |
| 13    | การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และ โรคอ้วน                                   | /                    | /           | /         |
| 14    | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)และ โรคอ้วน รวมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | /                    | /           | /         |
| 15    | การให้คำปรึกษา(Counseling)โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง                                                                                                                    | /                    |             |           |
| 16    | การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง                                                             | /                    |             | /         |

หมายเหตุ - UC หมายถึง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 - SSS หมายถึง สิทธิประกันสังคม  
 - OFC หมายถึง สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ

### ภาคผนวก 3

#### ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

#### ประจำปีงบประมาณ 2554

##### กรณีที่ 1 การเบิกปกติ เป็นการเบิกปกติในช่วงต้นปีงบประมาณ

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยบริการเพื่อจัดเตรียมสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เพียงพอกับการใช้งานตลอดปีงบประมาณ
  - โดยให้หน่วยบริการส่งแบบสำรวจสอบถาม กลับไปที่กรมอนามัย ทางไปรษณีย์  
คุณอิสริยา เจตน์ประยูรค์ เบอร์โทรศัพท์ 0 – 2590 – 4432
2. หน่วยบริการติดต่อรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อความพร้อมในการจัดเตรียม
  - โดยติดต่อได้ที่ คุณจินตนา ขุนทอง (งานพัสดุ)  
ห้องพัสดุ ชั้น 1 อาคาร 5 ดิกรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ 88/22 ม.4 ต.ตลาดขวัญ ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี  
โทร 0 - 2590 – 4039 Fax. 0 -2590 – 4432  
หมายเหตุ : กรุณานำเอกสารใบแจ้งยอดไปในวันนัด เพื่อรับสมุดสีชมพู

##### กรณีที่ 2 กรณีที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) หหมดก่อนปีงบประมาณ

- ติดต่อรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพิ่มได้ที่ คุณศรัณย์พร บรรทัดสกุล  
กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13  
กรุงเทพมหานคร โทร 0-2142-0933 โดยให้ติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อการจัดเตรียม

**หมายเหตุ** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยจำนวนในการจัดเตรียมให้แต่ละหน่วยบริการจะพิจารณาจาก

1. แบบสอบถามความต้องการเบิกจากหน่วยบริการ
2. ยอดการให้บริการ ANC จริง ในปีงบประมาณก่อนหน้า เช่น ขอเบิกปีงบประมาณ 2554 จะดูยอด ANC ของปีงบประมาณ 2553 เป็นข้อมูลการเบิก โดยอิงข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลของ สปสช. เขต 13 กทม.
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเบิกตรงกับสำนักอนามัยเหมือนเดิม

## ภาคผนวก 4

### แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2554

#### พื้นที่กรุงเทพมหานคร

##### เป้าประสงค์

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนพื้นฐานที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม
2. บริหารงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการจัดหาวัคซีนที่มีความจำเป็นและตามข้อบ่งชี้
3. บริหารระบบการจัดส่งและกระจายวัคซีน การจัดการคลังวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (VMI & Cold chain management) อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ลดอัตราการสูญเสียของวัคซีน รวมถึงการลดอัตราป่วยและอัตราตายโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

**การให้วัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข**  
(Expanded Program on Immunization : EPI)

**1. ตารางกำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก กรณีเริ่มให้ตั้งแต่แรกเกิดหรือภายในขวบปีแรก**

| อายุ         | วัคซีนที่ให้   | ข้อแนะนำ                                                  |
|--------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| แรกเกิด      | BCG            | เด็กติดเชื้อเอชไอวี(HIV)ที่มีอาการของโรคเอดส์ไม่ให้ BCG   |
|              | HB1            | HB1 ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง                      |
| 1 เดือน      | HB1.1          | ฉีดในกรณีที่มารดาตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี              |
| 2 เดือน      | DTP1-HB1,OPV1  |                                                           |
| 4 เดือน      | DTP2-HB2 ,OPV2 |                                                           |
| 6 เดือน      | DTP3-HB3,OPV3  |                                                           |
| 9 เดือน      | MหรือMMR1      | หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9 เดือนให้รับติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด |
| 1 ½ ปี       | DTP4,OPV4      |                                                           |
|              | JE1,JE2        | ควรให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์                          |
| 2 ½ ปี       | JE 3           |                                                           |
| 4 ปี         | DTP 5,OPV5     |                                                           |
| 6 ปี ( ป.1 ) | MMR2 ,dT ,OPV  | dT ,OPV ให้เฉพาะกรณีได้รับวัคซีน DTP ,OPV ไม่ครบ 5 ครั้ง  |
| 12 ปี (ป.6)  | dT             | ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข                       |

**ที่มา :** สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**2. กลุ่มเป้าหมายของการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) เด็กประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) และหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

**รายการวัคซีนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนให้แก่  
หน่วยบริการ UC**

| ลำดับ | ชื่อย่อ                                         | ชื่อภาษาอังกฤษ                                                                        | ขนาดบรรจุ | จำนวน doses/vial |
|-------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| 1     | BCG                                             | Bacillus Calmette Guerin Vaccine                                                      | vial      | 10               |
| 2     | HB                                              | Hepatitis B Vaccine                                                                   | vial      | 2                |
| 3     | DTP/HB                                          | Diphtheria and Tetanus toxoids,<br>and Pertussis, and Hepatitis B<br>Vaccine combined | vial      | 2                |
| 4     | DTP                                             | Diphtheria and Tetanus toxoids,<br>and Pertussis Vaccine combined                     | vial      | 10               |
| 5     | OPV                                             | Oral Poliomyelitis Vaccine                                                            | vial      | 20               |
| *6    | MMR Single Dose<br>(สำหรับอายุ 9 – 12<br>เดือน) | Measles Mumps and Rubella<br>Vaccine combined                                         | vial      | 1                |
| 7     | MMR Multiple dose<br>(สำหรับเด็กประถม)          | Measles Mumps and Rubella<br>Vaccine combined                                         | vial      | 10               |
| 8     | วัคซีน JE ชนิด Beijing                          | Japanese Encephalitis Vaccine<br>Beijing Strain                                       | vial      | 2                |
| 9     | dT                                              | Diphtheria and Tetanus toxoids<br>combined                                            | vial      | 10               |

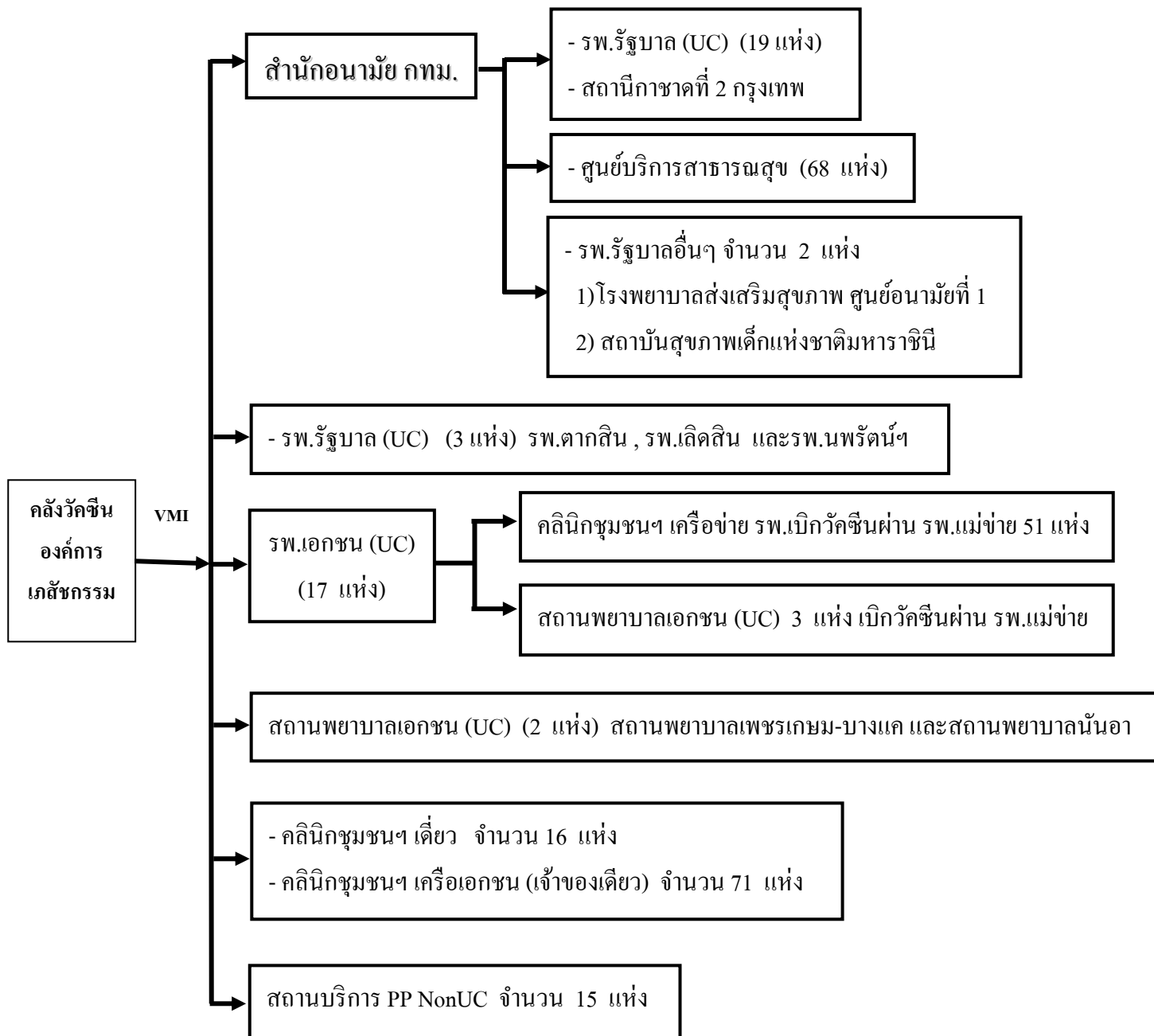
**หมายเหตุ** \* ในช่วง 1 – 2 เดือนนี้ ถ้าเบิก MMR Single Dose จะได้รับ Measles Vaccine แทนจนกว่า  
สต็อก Measles Vaccine ขององค์การเภสัชกรรมหมด จากนั้นจะเริ่มใช้ MMR Single  
Dose ต่อไป

**รายการวัคซีนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร สนับสนุนให้แก่**

**สถานบริการ PP Non UC**

1. โรงพยาบาล PP Non UC - BCG , HB , dT
2. คลินิก PP Non UC - dT

## การกระจายวัคซีนผ่านระบบ VMI สำหรับหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2554



การติดต่อประสานงาน โทรศัพท์ 0-2142-1000 ต่อ 20956 , 20933

1. นางจิราทิพย์ ตั้งสิริวรานต์
2. นางสาวศรัณย์พร บรรทัดสกุล

## การบันทึกข้อมูลและการรายงานผลการปฏิบัติงาน

### 1. กลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมายประชาชนทุกสิทธิ ครอบคลุมทุกชนิดวัคซีนตามโปรแกรม EPI

- กลุ่มเด็ก อายุ 0 -5 ปี
- กลุ่มเด็กนักเรียน ป.1, ป.6
- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

### 2. หลักการการจ่ายค่าชดเชยบริการบ PP Itemized เฉพาะวัคซีนเด็ก อายุ 0 – 5 ปี

- จัดสรรเพื่อเป็นค่าชดเชยบริการ ค่าวัสดุ และอุปกรณ์การฉีด สำหรับบริการวัคซีนทุกชนิด BCG, HB, OPV, DTP- HB, MMR, Measles, JE, DTP, dT (ส่วนวัคซีนได้รับการสนับสนุนจาก ส่วนกลาง)
- อัตรา 20 บาท/ครั้ง
- พิจารณาจากผลงานที่บันทึกในโปรแกรม BPPDS

### 3. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

- จัดสรรเมื่อได้รับรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ตามรายการที่กำหนด
- จัดสรรเป็นรายเดือน

## ภาคผนวก 5

### อัตราค่าชดเชยการให้บริการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

#### ประจำปีงบประมาณ 2554

| รายการ                                                            | อัตราชดเชย(บาท) |       | ความถี่การให้บริการ |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|---------------------|
| <b>1.การฝากครรภ์(ANC)</b>                                         |                 |       |                     |
| - การฝากครรภ์ครั้งแรก เหม่าจ่าย                                   | ครั้งละ         | 1,200 | เพียงครั้งเดียว     |
| - การฝากครรภ์ครั้งต่อไป เหม่าจ่าย                                 | ครั้งละ         | 400   | ตามการฝากครรภ์จริง  |
| <b>2.การตรวจยืนยันคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส</b> |                 |       |                     |
| -OF หรือ MCV                                                      | รายละ           | 50    | เพียงครั้งเดียว     |
| -DCIP หรือE-screening                                             | รายละ           | 70    | เพียงครั้งเดียว     |
| -Hb typing หญิงตั้งครรภ์และ/หรือสามี                              | รายละ           | 270   | เพียงครั้งเดียว     |
| -Alpha thalassemia 1                                              | รายละ           | 500   | เพียงครั้งเดียว     |
| -Mutation ในสายของเบต้าธาลัสซีเมีย                                | รายละ           | 3,000 | เพียงครั้งเดียว     |
| -PND ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดในคู่สมรสเสี่ยง               | รายละ           | 2,500 | เพียงครั้งเดียว     |
| <b>3.ตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์</b>     | รายละ           | 400   | เพียงครั้งเดียว     |
| <b>4.บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตแพทย์</b> |                 |       |                     |
| -ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้ความรู้ทันตสุขภาพ                        | ครรภ์ละ         | 50    | เพียงครั้งเดียว     |
| -อุดหินน้ำลายและขัดฟันทั้งปาก                                     | ครรภ์ละ         | 400   | เพียงครั้งเดียว     |
| <b>5.การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด</b>                                |                 |       |                     |
| -การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1                                        | ครั้งละ         | 150   | เพียงครั้งเดียว     |
| -การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2                                        | ครั้งละ         | 400   | เพียงครั้งเดียว     |
| (รวมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap Smear)                      |                 |       |                     |

| รายการ                                                                                                                                                                                                                      | อัตราค่าเหมาจ่าย(บาท)                                    |                                          | ความถี่การให้บริการ                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6.การวางแผนครอบครัว</b><br>-ยาเม็ดคุมกำเนิด<br>-ยาฉีดคุมกำเนิด<br>-ยาฝังคุมกำเนิด<br>-การใส่ห่วงอนามัย<br>-หมันชาย<br>-หมันหญิง(เฉพาะหมันแห้ง)                                                                           | แผลงละ<br>เข็มละ<br>ครั้งละ<br>ครั้งละ<br>รายละ<br>รายละ | 40<br>60<br>2,200<br>500<br>500<br>1,000 | ปีละไม่เกิน13 แผลง<br>ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง<br>คนละ 5 ปี<br>ไม่เกินปีละครั้ง<br>เพียงครั้งเดียว<br>เพียงครั้งเดียว |
| <b>7.การตรวจคัดกรองภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด</b><br>- การตรวจTSHในทารกแรกเกิดครั้งแรก<br>- การบันทึกข้อมูลเพื่อแจ้งผลการตรวจ<br>- การตรวจยืนยันTSHในทารกแรกเกิดกรณีการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ | รายละ<br>รายละ<br>รายละ                                  | 124<br>16<br>250                         | เพียงครั้งเดียว<br>เพียงครั้งเดียว<br>เพียงครั้งเดียว                                                            |
| <b>8.การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program )</b>                                                                                        | Doseละ                                                   | 20                                       | ตามจริง                                                                                                          |
| <b>9. การประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0- 5 ปี</b>                                                                                                                                                                                | ครั้งละ                                                  | 70                                       | ไม่เกินเดือนละครั้ง                                                                                              |
| <b>10. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในเด็กอายุ 6 เดือน – 14 ปี โดยทันตแพทย์</b><br>-การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ<br>-การตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน<br>-การตรวจสุขภาพช่องปากและให้ฟลูออไรด์เด็กกลุ่มเสี่ยง   | ครั้งละ<br>ซี่ละ<br>ครั้งละ                              | 50<br>130<br>40                          | ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง<br>ไม่เกิน 4 ซี่ต่อคน<br>ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง                                                 |
| <b>11. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในผู้ใหญ่อายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยทันตแพทย์</b><br>-ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ                                                                                                          | ครั้งละ                                                  | 50                                       | ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง                                                                                              |
| <b>12. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี</b><br>-การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่<br>-การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear                                                                                          | ครั้งละ<br>รายละ                                         | 20<br>250                                | ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี<br>ปีละครั้ง                                                                                |

| รายการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | อัตราค่าชดเชย(บาท) |       | ความถี่การให้บริการ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|---------------------|
| <b>-13.การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน</b><br>- คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอว และตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือดโดยDTX<br>- การตรวจหาTotal Cholesterol ทางเส้นเลือดดำ เฉพาะกรณีอายุ35ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม <sup>2</sup> | รายละ              | 50    | ปีละครั้ง           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | รายละ              | 200   | ปีละครั้ง           |
| <b>14.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน รวมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | รายละ              | 2,000 | ปีละครั้ง           |
| <b>15.การให้คำปรึกษา (Counseling) โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ครั้งละ            | 50    | ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี |
| <b>16.การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | รายละ              | 300   | ปีละครั้ง           |
| <b>17.อัตราค่าชดเชยเพื่อสนับสนุนบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ</b><br>- มีแพทย์ร่วมคณะอย่างน้อย 1 คน<br>- มีพยาบาลวิชาชีพร่วมคณะอย่างน้อย 1 คน<br>- มีเภสัชกรร่วมคณะอย่างน้อย 1 คน<br>- มีนักกายภาพบำบัดร่วมคณะอย่างน้อย 1 คน                                                                                                                                                                                                             | รายละ              | 1,200 | ตามจริง             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | รายละ              | 800   | ตามจริง             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | รายละ              | 800   | ตามจริง             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | รายละ              | 800   | ตามจริง             |

#### หมายเหตุ

1. อัตราค่าชดเชยบริการทุกรายการให้ถือตามอัตราเดิมของปีงบประมาณ 2553 จนกว่าจะมีประกาศแจ้งเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นทางการอีกครั้ง
2. เงื่อนไขการชดเชยบริการ หากมีการปรับเปลี่ยน สำนักงานฯ จะประกาศแจ้งเป็นทางการอีกครั้ง

## ภาคผนวก 6

### รายชื่อผู้ประสานงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปีงบประมาณ 2554

หน่วยบริการสามารถสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแยกตามเรื่องที่ต้องการติดต่อดังนี้

#### 1. สอบถามเรื่องเงื่อนไขและอัตราการให้บริการ

ติดต่อ กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและโรคเฉพาะ

คุณอรวิทย์ บุญเกียรติ โทรศัพท์ 02-142-0932

คุณศรัณย์พร บรรทัดสกุล โทรศัพท์ 02-142-0933

#### 2. สอบถามเรื่องตรวจสอบข้อมูลการให้บริการและการจ่ายเงินชดเชย

ติดต่อ กลุ่มงานบริหารกองทุน

คุณปานใจ ดันติภูยานนท์ โทรศัพท์ 02-142-0952

#### 3. สอบถามเรื่องโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลการให้บริการ

ติดต่อ กลุ่มงานไอที

คุณสถาปัตย์ เสียงหวาน โทรศัพท์ 02-142-0992

คุณสุวดา แสงเนียม โทรศัพท์ 02-142-0994

คุณกฤษณ์ สมานัตต์ โทรศัพท์ 02-142-0991

คุณณัฐพล อิ่มแก้ว โทรศัพท์ 02-142-0990

#### 4. สอบถามเรื่องโปรแกรมงานเยี่ยมบ้าน ( Home Visit) และ HHC Refer

คุณแสงอรุณ อรรถพรพันธ์ โทรศัพท์ 02-142-0935 , 086-305-8043

คุณวิยะดา แก้วบริสุทธิ โทรศัพท์ 02-142-0935

#### 5. สอบถามเรื่องการทำธุรกรรมสัญญา

คุณณัฐญา ศิลปอนันต์ โทรศัพท์ 02-142-0976

## ภาคผนวก 7

### คู่มือ

# การบันทึกรายงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร 2554



## สารบัญ

หน้า

### การใช้งานโปรแกรม

ความต้องการพื้นฐานของระบบ

4

### การตรวจสอบสิทธิ

8

### การบันทึกข้อมูล

|    |                                                         |    |
|----|---------------------------------------------------------|----|
| 1  | การฝากครรภ์                                             | 10 |
| 2  | การวางแผนครอบครัว                                       | 12 |
| 3  | การตรวจหลังคลอด                                         | 13 |
| 4  | การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค                    | 14 |
| 5  | การให้บริการตรวจพัฒนาการเด็ก                            | 15 |
| 6  | ทันตกรรมสำหรับเด็ก                                      | 16 |
| 7  | การให้คำปรึกษาแนะนำ                                     | 17 |
| 8  | การตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี                          | 18 |
| 9  | การคัดกรองความเสี่ยง                                    | 19 |
| 10 | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                  | 22 |
| 11 | การเยี่ยมบ้าน (Home Visit)                              | 23 |
| 12 | การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)              | 24 |
| 13 | ให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน              | 26 |
| 14 | การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มสมรส    | 27 |
| 15 | ทันตกรรมผู้ใหญ่                                         | 28 |
| 16 | การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง | 29 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| ตรวจรายงาน                    | 28 |
| การส่งข้อมูล PP Itemize       | 33 |
| การตรวจสอบรายงานการจ่ายเงิน   | 35 |
| แผนภาพการส่งข้อมูล PP Itemize | 38 |

## ความต้องการขั้นต่ำของโปรแกรม

### 1. Hardware

- 500 MHz Pentium 3 or Athlon processor
- 128 MB RAM
- พื้นที่ว่าง Hard disk ประมาณ 120 MB

### 2. Software

- Windows 98SE/ME/2000/XP
- Internet Explore 5.5 ขึ้นไป

### 3. Network

- การเชื่อมต่อ Internet ความเร็ว 56 Kbps

## คุณลักษณะที่แนะนำ

### 1. Hardware

- 800 GHz Pentium 3 or Athlon processor (or higher)
- 256 MB RAM (or higher)
- พื้นที่ว่าง Hard disk ประมาณ 200 MB

### 2. Software

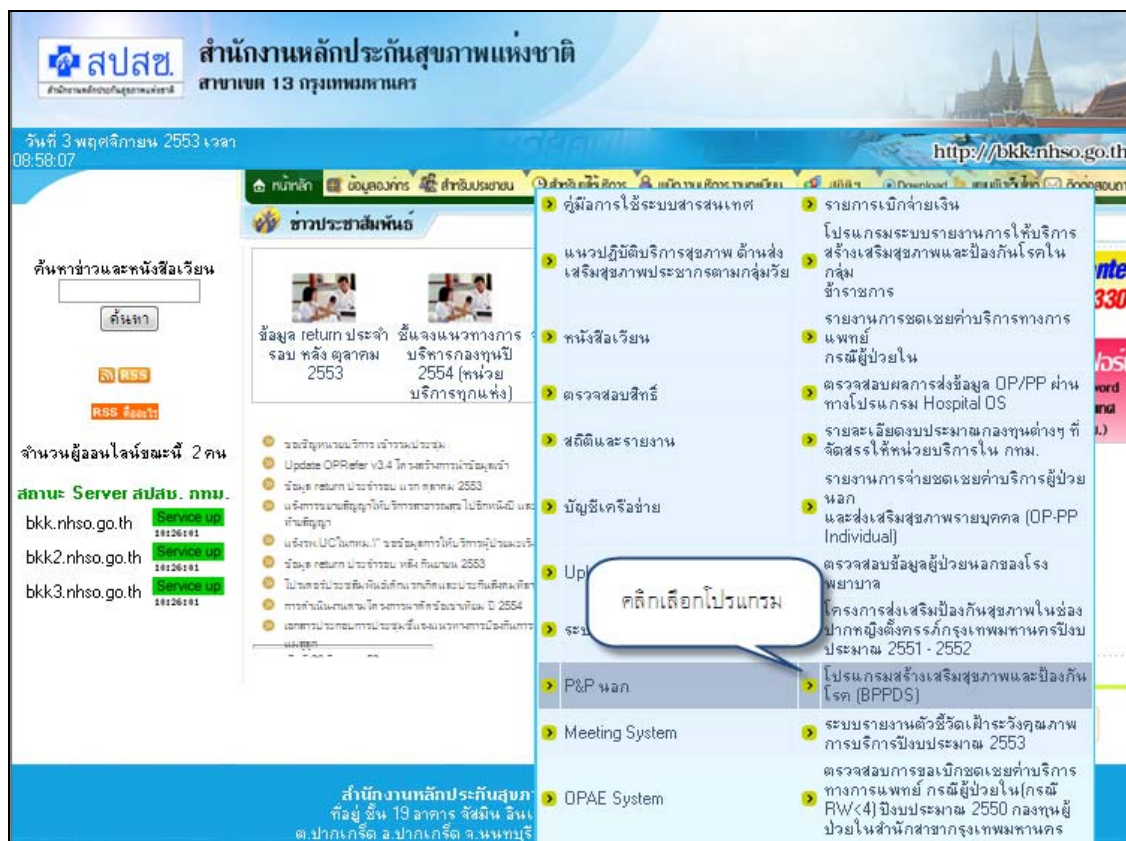
- Microsoft window XP
- Internet Explore 6 ขึ้นไป

### 3. Network

- การเชื่อมต่อ Internet ความเร็ว 128 Kbps

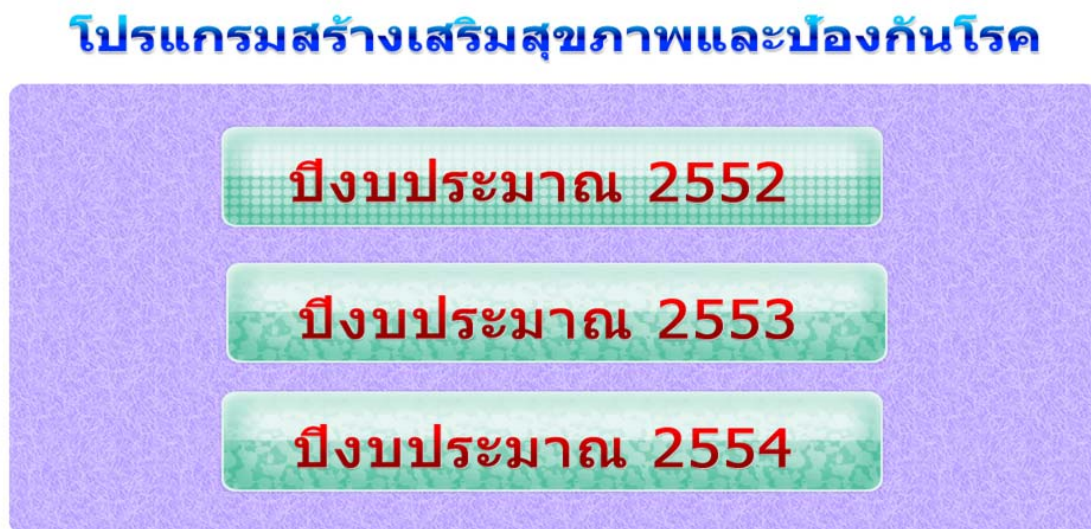
## การใช้งานโปรแกรม

การใช้งานระบบนี้เมื่อเครื่องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแล้ว ให้เปิดเว็บเบราว์เซอร์เข้าไปที่ <http://bkk.nhso.go.th> โดยคลิกเมาส์เลือกสำหรับผู้ให้บริการ > ระบบรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPCS)



รูปที่ 1 แสดงการเลือกเมนู

เมื่อเข้าโปรแกรมจะปรากฏหน้าจอดังรูป จะให้ทำการเลือกปีงบประมาณที่ต้องการทำการบันทึกข้อมูล



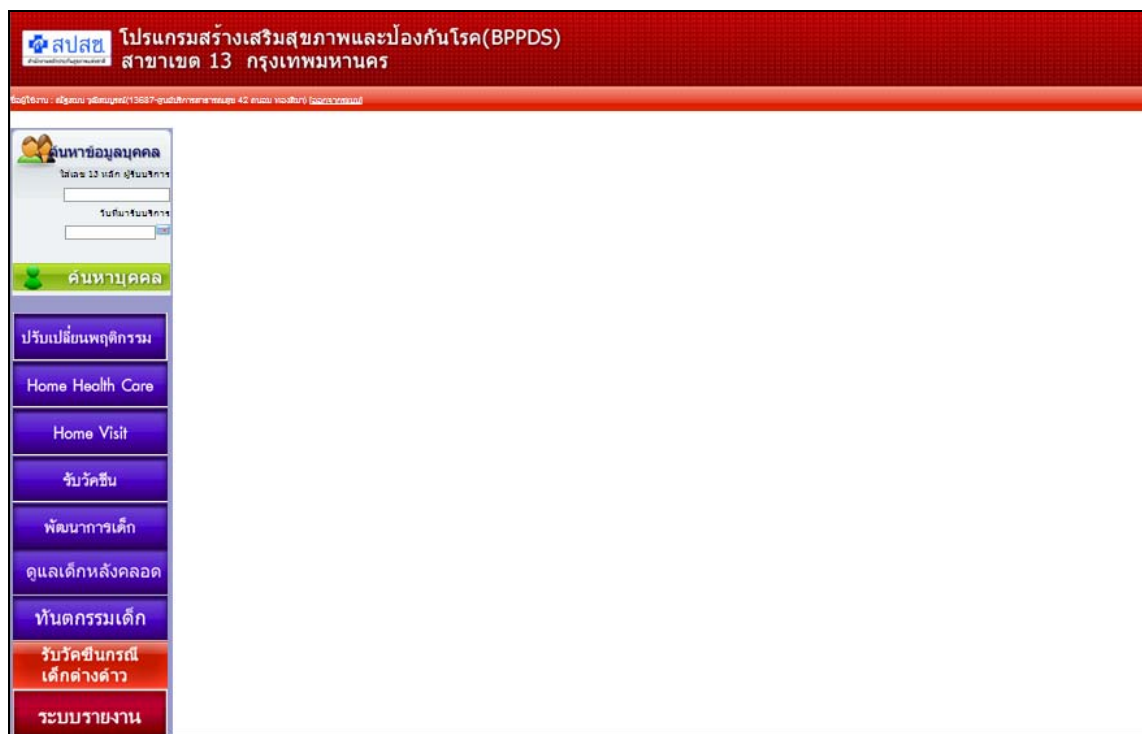
รูปที่ 2 แสดงหน้าต่างของปีงบประมาณที่ต้องการทำการบันทึกข้อมูล

โดยใช้งานโปรแกรมโดยใช้รหัสผ่านที่สำนักงานฯกำหนด



รูปที่ 3 แสดงการเข้าระบบ

ทำการ Login เข้าสู่ระบบเมื่อกรอก Username และ Password ถูกต้องจะปรากฏหน้าจอดังรูป



รูปที่ 4 แสดงการ Login เข้าสู่ระบบสำเร็จ

## แนะนำโปรแกรม

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(BPPDS)  
สาขาเขต 13 กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้ให้บริการ : นรณ ตั้งจุฑาไพศาล วันที่รับบริการ : 02/11/2010 เพศ : หญิง

ค้นหาข้อมูลบุคคล  
ใส่เลข 13 หลัก ผู้รับบริการ  
วันที่มารับบริการ

ค้นหาบุคคล

ฝ่ายครมภ์  
วางแผนครอบครัว  
ตรวจหลังคลอด  
ตรวจ Thalassemia

ข้อมูลทั่วไป

|                 |                   |                    |                                 |
|-----------------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3101600457529     | ตั้งภูมณี          | ศิริราชพยาบาลกรุงเทพมหานคร(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 02/11/2010        | ประเภทสิทธิ        | ชวงอายุ 12-59 ปี                |
| ชื่อ-นามสกุล    | นรณ ตั้งจุฑาไพศาล | หมายเลขบัตร        | 39387268                        |
| วันเกิด         | 25140222          | รหัส               | 1                               |
| อายุ            | 39 ปี 8 เดือน     | หน่วยบริการปฐมภูมิ | หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช |
| เพศ             | หญิง              | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลศิริราช                |
| HN              |                   |                    |                                 |

2. ข้อมูลทั่วไป

การวางแผนครอบครัว

|                                     |       |     |                                                      |       |      |
|-------------------------------------|-------|-----|------------------------------------------------------|-------|------|
| การคุมกำเนิด                        | จำนวน | แมง | การคุมกำเนิด                                         | จำนวน | อื่น |
| <input type="checkbox"/> ยาฉีด      |       |     | <input type="checkbox"/> ถุงยางอนามัย                |       |      |
| <input type="checkbox"/> ยาฉีด      |       |     | <input type="checkbox"/> ห่วงอนามัย                  |       |      |
| <input type="checkbox"/> ห่วงอนามัย |       |     | <input type="checkbox"/> ยาคุมกำเนิด (เฉพาะชนิดอื่น) |       |      |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ      |       |     |                                                      |       |      |

3. รายละเอียดของกิจกรรม

1. เมนูกิจกรรม

ค่าใช้จ่าย : บาท

บันทึกข้อมูล

รูปที่ 5 แสดงหน้ารายละเอียดของโปรแกรม

- |                         |                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. กิจกรรม              | หัวข้อหลักของกิจกรรมต่างๆ                       |
| 2. ข้อมูลทั่วไป         | แสดงข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่ต้องการทำการบันทึก |
| 3. รายละเอียดของกิจกรรม | แสดงรูปแบบรายการของแต่ละกิจกรรม                 |

## การใช้งานโปรแกรมรายงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ

การบันทึกข้อมูลรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการให้กับประชาชนที่มา  
รับบริการที่หน่วยบริการ มีวิธีการบันทึกดังนี้



### การตรวจสอบสิทธิของประชาชน

เมื่อต้องการทำการบันทึกข้อมูลต้องทำการตรวจสอบสิทธิก่อน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กรอกรหัสประจำตัวประชาชน 13 หลัก
2. เลือกวันที่รับบริการ หลังจากนั้นให้คลิกปุ่ม **ค้นหา**

ค้นหาข้อมูลบุคคล

ใส่เลข 13 หลัก ผู้รับบริการ  
3101800457529

วันที่มารับบริการ  
02/11/2010

ค้นหาบุคคล

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Home Health Care

กรอกรหัสประจำตัวประชาชน  
และระบุวันรับบริการ

| wk | Mon | Tue | Wed | Thu | Fri | Sat | Sun |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 44 | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   |
| 45 | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  |
| 46 | 15  | 16  | 17  | 18  | 19  | 20  | 21  |
| 47 | 22  | 23  | 24  | 25  | 26  | 27  | 28  |
| 48 | 29  | 30  | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   |
| 49 | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  |

Time: 00 : 00

Drag to move

รูปที่ 6 แสดงขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิ

จะปรากฏข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่ต้องการทำการบันทึก (หลังจากนั้นให้เลือกกิจกรรมที่ต้องการบันทึก)

## 1.การฝากครรภ์ (ANC)

### ● การฝากครรภ์ครั้งแรกของผู้รับบริการ

หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ของผู้รับบริการที่หน่วยบริการ และได้รับการบริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน โดยถือว่าข้อมูลที่สำคัญงานฯ ได้รับจากหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลมาให้ก่อน เป็นสิทธิของหน่วยบริการนั้นที่จะได้รับการชดเชยบริการจากสำนักงานฯ

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมฝากครรภ์
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ข้อมูลทั่วไป</b><br>หมายเลข 13 หลัก 3101600457529<br>วันที่รับบริการ 02/11/2010<br>ชื่อ-นามสกุล นรเมธ ตั้งบุญไพศาล<br>วันเกิด 25140222<br>อายุ 39 ปี 8 เดือน<br>เพศ หญิง<br>HN | <b>ข้อมูลอื่น</b><br>สิทธิประจำตัว สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)<br>ประเภทสิทธิย่อย ช่วงอายุ 12-59 ปี<br>หมายเลขบัตร 39387268<br>โมเดล 1<br>หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช<br>หน่วยบริการส่งต่อ โรงพยาบาลศิริราช |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การฝากครรภ์</b><br>ครรภ์ที่* 1      ตรวจครรภ์ครั้งที่* 1<br>LMP : 02/11/2010<br>กุดคำนวณกำหนดคลอด : 09/08/2011<br>(LMP+280 วัน)<br>EDC : 09/08/2011      *รพ.แก้ไขได้<br>อายุครรภ์*      สัปดาห์<br>กิจกรรมที่ให้บริการ<br><input type="checkbox"/> ประเมิน/ตรวจสุขภาพทั่วไป<br><input type="checkbox"/> ตรวจปัสสาวะหาน้ำตาลและไข่ขาว      ไม่ตรวจ<br><input type="checkbox"/> รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก      เข็มที่ | <input type="checkbox"/> ให้สูดศึกษาและแจกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก<br><input type="checkbox"/> ตรวจครรภ์<br><input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาอาการกลุ่ม<br><input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษายาคุม<br>ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์<br><input type="radio"/> ไม่เครียด <input type="radio"/> เครียด |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b><br>Ultrasound <input type="radio"/> ตรวจ <input type="radio"/> ไม่ตรวจ<br>EDC By U/S :<br>ตรวจ CBC <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br>ตรวจ Blood Group      ไม่ระบุ<br>Rh Group      ไม่ระบุ<br>ตรวจ DCIP/E-Sreen <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br>ตรวจ HCT <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br>ตรวจ OF/MCV <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br>ตรวจ HBsAg <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ | ตรวจ VDRL <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> ตรวจ HIV<br><input type="checkbox"/> ตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ      ระบุ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b><br><input type="checkbox"/> ตรวจ Confirm Hb typing(กรณีผิดปกติ)<br><input type="checkbox"/> ตรวจ VDRL(กรณีผิดปกติ)<br><input type="checkbox"/> การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ      ระบุ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติ</b><br><input type="checkbox"/> เกลือไอโอดีน<br><input type="checkbox"/> ยาเสริมกรดโฟลิก<br><input type="checkbox"/> ยาเสริมธาตุเหล็ก |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การให้คำปรึกษา</b><br><input type="checkbox"/> การให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือด<br><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Thalassemia <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ค่าใช้จ่ายที่ให้บริการรวม : บาท      บันทึกข้อมูล

รูปที่ 7 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมฝากครรภ์ครั้งแรกของผู้รับบริการ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

## 2.การวางแผนครอบครัว

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการวางแผนครอบครัว
3. กรอกรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                      | ข้อมูลสิทธิ        |                                 |
|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3101600457529        | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)  |
| วันให้บริการ    | 02/11/2010           | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี               |
| ชื่อ-นามสกุล    | นรมน ตั้งจตุรไพศาล   | หมายเลขบัตร        | 39387268                        |
| วันเกิด         | 25140222             | โมเดล              | 1                               |
| อายุ            | 39 ปี 8 เดือน        | หน่วยบริการปฐมภูมิ | หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช |
| เพศ             | หญิง                 | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลศิริราช                |
| HN              | <input type="text"/> |                    |                                 |

กรอก HN ทุกกิจกรรม

| การวางแผนครอบครัว                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การคุมกำเนิด                                                                                                                                                              | การคุมกำเนิด                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ยาเม็ด จำนวน <input type="text"/> แผง<br><input type="checkbox"/> ยาฉีด<br><input type="checkbox"/> ท่อนอนามัย<br><input type="checkbox"/> ยาฝัง | <input type="checkbox"/> ถุงยางอนามัย จำนวน <input type="text"/> ชิ้น<br><input type="checkbox"/> หมันหญิง (เฉพาะหมันแห้ง) |
| ค่าใช้จ่าย : <input type="text"/> บาท<br><input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>                                                                                      |                                                                                                                            |

รูปที่ 8 แสดงการบันทึกกิจกรรมการวางแผนครอบครัว

### 3.การตรวจหลังคลอด

กลุ่มเป้าหมาย หญิงไทยหลังคลอดอายุ10-60ปี

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการตรวจหลังคลอด
3. ให้ทำการกรอกรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการ ในส่วนการกรอกรายละเอียดกิจกรรมแต่ละครั้งนั้น ให้ทำการเลือกครั้งที่มารับบริการก่อน เมื่อทำการเรียบร้อยแล้ว จากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                     | ข้อมูลสิทธิ        |                                 |
|-----------------|---------------------|--------------------|---------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3101600457529       | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)  |
| วันที่รับบริการ | 02/11/2010          | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี               |
| ชื่อ-นามสกุล    | นรมน ตั้งจรรยาไพศาล | หมายเลขบัตร        | 39387268                        |
| วันเกิด         | 25140222            | โมเดล              | 1                               |
| อายุ            | 39 ปี 8 เดือน       | หน่วยบริการปฐมภูมิ | หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช |
| เพศ             | หญิง                | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลศิริราช                |
| HN              |                     |                    |                                 |

| การตรวจหลังคลอด                             |                                                     |  |                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|-----------------|
| ครรภ์ที่*                                   | วันที่คลอด*                                         |  | ตรวจครั้งที่* 1 |
| ครั้งที่1                                   |                                                     |  |                 |
| <input type="checkbox"/>                    | ซักประวัติและประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป             |  |                 |
| <input type="checkbox"/>                    | ตรวจร่างกาย นมลูกและตรวจเต้านม,ตรวจการไหลของน้ำนม   |  |                 |
| <input type="checkbox"/>                    | ซักประวัติการให้นมบุตร ส่งเสริมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ |  |                 |
| <input type="checkbox"/>                    | ให้คำแนะนำวางแผนครอบครัว                            |  |                 |
| <p>ค่าใช้จ่าย : บาท</p> <p>บันทึกข้อมูล</p> |                                                     |  |                 |

รูปที่ 9 แสดงการบันทึกกิจกรรมการตรวจหลังคลอด

#### 4.การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (EPI Program)

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                   | ข้อมูลสิทธิ        |                                                  |
|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 1102170060852     | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010        | ประเภทสิทธิย่อย    | เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์                    |
| ชื่อ-นามสกุล    | จุฑารัตน์ มงคลฤติ | หมายเลขบัตร        | B71100000582248                                  |
| วันเกิด         | 25481226          | โน้ต               | 2                                                |
| อายุ            | 4 ปี 10 เดือน     | หน่วยบริการปฐมภูมิ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                      |
| เพศ             | หญิง              | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลพระราม 2                                |
| HN              |                   |                    |                                                  |

| การสุ่มวัคซีน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>แรกเกิด</b><br><input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HB<br><b>1 เดือน</b><br><input type="checkbox"/> HB (เฉพาะรายที่เป็นพาหะ)<br><b>2 เดือน</b><br><input type="checkbox"/> OPV1 หรือ IPV1 <input type="checkbox"/> DTP1 <input type="checkbox"/> HB<br><b>4 เดือน</b><br><input type="checkbox"/> OPV2 หรือ IPV2 <input type="checkbox"/> DTP2 <input type="checkbox"/> HB<br><b>6 เดือน</b><br><input type="checkbox"/> OPV3 หรือ IPV3 <input type="checkbox"/> DTP3 <input type="checkbox"/> HB<br><b>9 เดือน</b><br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MMR | <b>1 ปีครึ่ง</b><br><input type="checkbox"/> OPV4 <input type="checkbox"/> DTP4 <input type="checkbox"/> JE1<br><b>1 ปีครึ่ง (ห่างจาก JE1 1 เดือน)</b><br><input type="checkbox"/> JE2<br><b>2 ปีครึ่ง</b><br><input type="checkbox"/> JE3<br><b>4 ปี</b><br><input type="checkbox"/> OPV5 หรือ IPV <input type="checkbox"/> DTP5<br><b>6-7 ปี (ป.1)</b><br><input type="checkbox"/> MMR2 <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> OPV<br><b>* dT,OPV เฉพาะผู้ที่ได้รับวัคซีน DTP,OPV ไม่ครบ 5 ครั้ง</b><br><b>12 ปี (ป.6)</b><br><input type="checkbox"/> dT |

ค่าใช้จ่าย :  บาท

รูปที่ 10 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการตรวจการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

## 5.การให้บริการตรวจพัฒนาการเด็ก

เด็กสัญชาติไทยอายุ 0-5 ปี

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการให้บริการตรวจพัฒนาการเด็ก
3. กรอกรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                | ข้อมูลเพิ่ม        |                                                  |
|-----------------|----------------|--------------------|--------------------------------------------------|
| หมายเลข 13 รหัส | 1103300235321  | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิขอยอ(WEL) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010     | ประเภทสิทธิขอยอ    | เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์                    |
| ชื่อ-นามสกุล    | ปาริษฐ์ นิ้งตะ | หมายเลขบัตร        | ท7133525186                                      |
| วันเกิด         | 25490103       | โมเดล              | 2                                                |
| อายุ            | 4 ปี 10 เดือน  | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขามุมาน 70 ไร่         |
| เพศ             | ชาย            | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท                              |
| HN              |                |                    |                                                  |

| พัฒนาการเด็ก                                                                                                                                                         |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| อายุ * 4 ปี 10 เดือน                                                                                                                                                 |                                                  |
| น้ำหนัก* ก.ก. ส่วนสูง* ซม.                                                                                                                                           | <input type="button" value="ประเมินผลพัฒนาการ"/> |
| ผลการประเมินน้ำหนัก*                                                                                                                                                 |                                                  |
| ผลการประเมินส่วนสูง*                                                                                                                                                 |                                                  |
| ประเมินพัฒนาการ* <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ                                                                                            |                                                  |
| <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายทั่วไป<br><input type="checkbox"/> ชักประวัติการตรวจเลือกหาสภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน<br><input type="checkbox"/> แนะนำการเลี้ยงดู |                                                  |
| ค่าใช้จ่าย : <input type="text"/> บาท                                                                                                                                |                                                  |
| <input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>                                                                                                                          |                                                  |

รูปที่ 11 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการให้บริการตรวจพัฒนาการเด็ก

## 6. ทันตกรรมเด็กอายุ 6 เดือน – ต่ำกว่า 15 โดยทันตแพทย์

บริการที่จะบันทึกในข้อนี้ต้องให้บริการในแผนกทันตกรรมเท่านั้น  
วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมทันตกรรมสำหรับเด็ก
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                  | ข้อมูลอื่น         |                                                     |
|-----------------|------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 1103300235321    | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิข้อย่อย(WEL) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010       | ประเภทสิทธิข้อย่อย | เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์                       |
| ชื่อ-นามสกุล    | ปาริชาติ นิเมตตะ | หมายเลขบัตร        | ท7133525186                                         |
| วันเกิด         | 25490103         | โมเดล              | 2                                                   |
| อายุ            | 4 ปี 10 เดือน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขามุมาน 70 โร             |
| เพศ             | ชาย              | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท                                 |
| HN              |                  |                    |                                                     |

| บันทึกข้อมูล                                                                                                       |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| เลขที่ใบประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ : <input type="text"/>                                                              |                      |
| ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน โดยแผนกทันตกรรม                                                                            |                      |
| <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ<br><input type="checkbox"/> ให้ฟลูออไรด์เคลือบเคลือบฟัน |                      |
| เคลือบหลุมร่องฟัน                                                                                                  |                      |
| จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน                                                                                   | <input type="text"/> |
| จำนวนการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน                                                                                 | <input type="text"/> |
| ซี่ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน                                                                                         | <input type="text"/> |
| เช่น 16,26,36,46                                                                                                   |                      |
| จำนวนซี่ฟันแท้                                                                                                     | <input type="text"/> |
| จำนวนซี่ฟันแท้คู่                                                                                                  | <input type="text"/> |
| จำนวนฟันน้ำนม                                                                                                      | <input type="text"/> |
| จำนวนฟันน้ำนมผุ                                                                                                    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ปรีทันตอิกเสบ                                                                             |                      |
| ค่าใช้จ่ายที่ให้บริการรวม : <input type="text"/> บาท                                                               |                      |
| บันทึกข้อมูล                                                                                                       |                      |

รูปที่ 12 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก

## 6.การให้คำปรึกษาแนะนำ

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                   | ข้อมูลอื่น         |                  |
|-----------------|-------------------|--------------------|------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3600700296301     | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสังคม |
| วันที่รับบริการ | 02/09/2009        | ประเภทสิทธิย่อย    |                  |
| ชื่อ-นามสกุล    | ศิริวรรณ ภูระหงษ์ | หมายเลขบัตร        |                  |
| วันเกิด         | 25190728          | โมเดล              |                  |
| อายุ            | 33                | หน่วยบริการปฐมภูมิ |                  |
| เพศ             | หญิง              | หน่วยบริการส่งต่อ  | ศิรินครินทร์,รพ. |
| HN              | 111               |                    |                  |

| การให้คำปรึกษา                                       |                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------|
| การให้คำปรึกษา                                       |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> โรคเรื้อรัง      |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> คลายเครียด       |                           |
| <input type="checkbox"/> การใช้ยารักษาโรค            |                           |
| <input type="checkbox"/> อื่น                        | ระบุ <input type="text"/> |
| ระบุรายละเอียดการให้คำปรึกษา                         |                           |
| <div>ทดสอบ</div>                                     |                           |
| ค่าใช้จ่ายที่ให้บริการรวม : <input type="text"/> บาท |                           |
| <input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>          |                           |

รูปที่ 13 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ

## 8.การตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |               | ข้อมูลประวัติ      |                                |
|-----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3620300415574 | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010    | ประเภทสิทธิอื่น    | ช่วงอายุ 12-59 ปี              |
| ชื่อ-นามสกุล    | มาริษา ภัททวี | หมายเลขบัตร        | B89100001541200                |
| วันเกิด         | 25140506      | โมเดล              | 2                              |
| อายุ            | 39 ปี 5 เดือน | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกแพทย์เวชกรรม             |
| เพศ             | หญิง          | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี         |
| HIN             |               |                    |                                |

| การตรวจมะเร็งปากมดลูก |                                                                     |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| ผลการตรวจ             | <input checked="" type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ |
| รายละเอียด            |                                                                     |

| การตรวจมะเร็งเต้านม |                                                                     |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| ผลการตรวจ           | <input checked="" type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ |
| รายละเอียด          |                                                                     |

☒ แจ้งผลให้ผู้รับบริการทราบ

ค่าใช้จ่าย :  บาท

รูปที่ 14 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี

## 9.การคัดกรองความเสี่ยง

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยง
3. รวบรวมละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการ โดยในส่วนของคัดกรองความเสี่ยงจะมีเมนูย่อยให้ทำการกรอกรายละเอียดครบถ้วน หลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |                     | ข้อมูลอื่น         |                                 |
|-----------------|---------------------|--------------------|---------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3101600457529       | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)  |
| วันที่รับบริการ | 02/11/2010          | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี               |
| ชื่อ-นามสกุล    | นรพน ตั้งเจริญไพศาล | หมายเลขบัตร        | 39387268                        |
| วันเกิด         | 25140222            | โมเดล              | 1                               |
| อายุ            | 39 ปี 8 เดือน       | หน่วยบริการปฐมภูมิ | หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช |
| เพศ             | หญิง                | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลศิริราช                |
| HN              |                     |                    |                                 |

| 1. ข้อมูลครอบครัว                                      |                                                   |                                              |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค    |                                                   |                                              |
| <input type="checkbox"/> 1.1.1 เบาหวาน                 | <input type="checkbox"/> 1.1.2 ความดันโลหิตสูง    | <input type="checkbox"/> 1.1.3 โรคเกาต์      |
| <input type="checkbox"/> 1.1.4 ไตวายเรื้อรัง           | <input type="checkbox"/> 1.1.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย | <input type="checkbox"/> 1.1.6 เส้นเลือดสมอง |
| <input type="checkbox"/> 1.1.7 ถุงลมโป่งพอง            | <input type="checkbox"/> 1.1.8 ไม่ทราบ            | <input type="checkbox"/> 1.1.9 อื่นๆ ระบุ    |
| 1.2 พี่น้อง(สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค |                                                   |                                              |
| <input type="checkbox"/> 1.1.1 เบาหวาน                 | <input type="checkbox"/> 1.1.2 ความดันโลหิตสูง    | <input type="checkbox"/> 1.1.3 โรคเกาต์      |
| <input type="checkbox"/> 1.1.4 ไตวายเรื้อรัง           | <input type="checkbox"/> 1.1.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย | <input type="checkbox"/> 1.1.6 เส้นเลือดสมอง |
| <input type="checkbox"/> 1.1.7 ถุงลมโป่งพอง            | <input type="checkbox"/> 1.1.8 ไม่ทราบ            | <input type="checkbox"/> 1.1.9 อื่นๆ ระบุ    |

| 2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ |                          |                             |                                  |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน                                               | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง                                       | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ                                                   | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต                                                | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ                                                 | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ                                      | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 ผลที่เท้า/ตัดขาด(จากเบาหวาน)                             | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม                           | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.9 ต่อมามีบ่นบ่อยและมาก                                     | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป                            | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.11 กินจุแต่ผอมลง                                           | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.12 น้ำหนักลด/อ่อนเพลีย                                     | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก                            | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์                         | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย                           | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |
| 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ                       | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี |                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 3. กรณีท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |
| <input type="radio"/> 3.1 รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ<br><input type="radio"/> 3.2 รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ<br><input type="radio"/> 3.3 เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาตนเอง                                                                                                                                                                  |                                             |
| 4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |
| <input type="radio"/> 4.1 สูบ จำนวน <input type="text"/> มวน/วัน จำนวน <input type="text"/> Pack/ปี ชนิดของบุหรี่ <input type="text"/><br><input type="radio"/> 4.2 ไม่สูบ<br><input type="radio"/> 4.3 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ <input type="text"/> ระยะเวลา <input type="text"/> ปี                                                    |                                             |
| 5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |
| <input type="radio"/> 5.1 ดื่ม <input type="text"/> ครั้ง/สัปดาห์<br><input type="radio"/> 5.2 ไม่ดื่ม<br><input type="radio"/> 5.3 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว                                                                                                                                                                                                    |                                             |
| 6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |
| <input type="radio"/> 6.1 ออกกำลังกายทุกวัน ครึ่งละ 30 นาที<br><input type="radio"/> 6.2 ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครึ่งละ 30 นาที สม่ำเสมอ<br><input type="radio"/> 6.3 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครึ่งละ 30 นาที สม่ำเสมอ<br><input type="radio"/> 6.4 ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง<br><input type="radio"/> 6.5 ไม่ออกกำลังกายเลย |                                             |
| 7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |
| <input type="checkbox"/> 7.1 หวาน<br><input type="checkbox"/> 7.2 เค็ม<br><input type="checkbox"/> 7.3 มัน<br><input type="checkbox"/> 7.4 ไม่ชอบทุกข้อ                                                                                                                                                                                                   |                                             |
| 8. การตรวจร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |
| น้ำหนัก                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> กก.                    |
| ส่วนสูง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> ซม.                    |
| ดัชนีมวลกาย(BMI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/> กก./ม.2                |
| เส้นรอบเอว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> ซม.                    |
| ความดันโลหิต ครั้งที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| ความดันโลหิต ครั้งที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| ความดันโลหิตเฉลี่ย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |
| กรณีตรวจ FBS <input type="text"/> mg% หรือ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |
| Post prandial blood sugar <input type="text"/> mg% (หลังรับประทานอาหาร <input type="text"/> ชม.)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยัน</b><br><input checked="" type="radio"/> ไม่พบความเสี่ยง<br><input type="radio"/> พบความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค<br><input type="radio"/> ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Obesity  |
| <b>ผลการตรวจ Total Cholesterol</b><br><input checked="" type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ<br><input type="radio"/> ไม่มีผลการตรวจ                                                                                                                                                                    |
| <b>การดำเนินงาน</b><br><input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี<br><input type="checkbox"/> ลงทะเบียนในกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br><input type="checkbox"/> ส่งต่อเพื่อรักษา<br>ค่าใช้จ่ายที่ให้บริการรวม : <input type="text"/> บาท |
| <input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>                                                                                                                                                                                                                                                                          |

รูปที่ 15 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยง

## 10.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีการบันทึกดังนี้

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |               | ข้อมูลบริการ       |                                |
|-----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3620300415574 | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010    | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี              |
| ชื่อ-นามสกุล    | มาริษา ทัพทวี | หมายเลขบัตร        | B89100001541200                |
| วันเกิด         | 25140506      | โมเดล              | 2                              |
| อายุ            | 39 ปี 5 เดือน | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกแพทย์เวชกรรม             |
| เพศ             | หญิง          | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี         |
| HIN             | 2222          |                    |                                |

| รายงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ 1                                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ 2                                       |  |
| <input type="checkbox"/> ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ 3                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และสร้างความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวม Lab Confirm |  |
| ค่าใช้จ่ายรวม : <input type="text"/> บาท                                                                         |  |
| <input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>                                                                      |  |

รูปที่ 16 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## 11.การเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

## วิธีการบันทึกดังนี้

1. เลือกกิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำ
2. กรอกที่อยู่จริงของการเยี่ยมชม
3. คลิกรูปเพิ่มบุคคลที่ตรวจเยี่ยม
4. กรอกรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

|            |                                      |         |                                         |          |                                      |
|------------|--------------------------------------|---------|-----------------------------------------|----------|--------------------------------------|
| บ้านเลขที่ | <input type="text" value="11"/>      | หมู่ที่ | <input type="text" value="11"/>         | หมู่บ้าน | <input type="text" value="11"/>      |
| ต.ร.ก.     | <input type="text" value="1"/>       | ซอย     | <input type="text"/>                    |          |                                      |
| ถนน        | <input type="text"/>                 |         |                                         |          |                                      |
| แขวง       | <input type="text" value="มีนบุรี"/> | เขต     | <input type="text" value="เขตมีนบุรี"/> | จังหวัด  | <input type="text" value="กรุงเทพ"/> |

วันที่รับบริการ

| ลำดับ | หมายเลขบัตรประชาชน | ชื่อ-นามสกุล       | ผลการเยี่ยมบ้าน | กิจกรรม                                                                                                            | ลบข้อมูล           |
|-------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1     | 1309901357158      | ธนวัฒน์ ประสานวงศ์ | ปกติ            | -ให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว-ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติด้วยขณะตั้งครรภ์-ให้ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ | <a href="#">ลบ</a> |
| 2     | 3102002805419      | อัจฉรี พรหมลอย     | ปกติ            | -ให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว-ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติด้วยขณะตั้งครรภ์                                      | <a href="#">ลบ</a> |

รูปที่ 17 แสดงตัวอย่างการบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมชมบ้าน

## 12.การให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |               | ข้อมูลอื่น         |                                |
|-----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3620300415574 | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010    | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี              |
| ชื่อ-นามสกุล    | มาริษา ทิพทวี | หมายเลขบัตร        | B89100001541200                |
| วันเกิด         | 25140506      | โมเดล              | 2                              |
| อายุ            | 39 ปี 5 เดือน | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกแพทย์เวชกรรม             |
| เพศ             | หญิง          | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี         |
| HN              | 2222          |                    |                                |

| โรคเบาหวาน                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การให้คำปรึกษาโรคเบาหวาน                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงหรือเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว<br><input type="checkbox"/> เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อน                                                                                                                                                                           |
| รหัส ICD10                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| การให้คำปรึกษา                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> อาหารและภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย<br><input type="checkbox"/> การดูแลเท้าที่บ้าน <input type="checkbox"/> การรับประทานยา<br><input type="checkbox"/> ความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในภาพรวม <input type="checkbox"/> อื่น <input type="text"/> |
| ระดับน้ำตาลในการให้คำปรึกษา                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DTX <input type="text"/> mg/dl FBS <input type="text"/> mg/dl                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้                                                                                                                                                                                                                                |

| โรคความดันโลหิตสูง                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูง                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว<br><input type="checkbox"/> เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อน                                                                                                                                                     |
| รหัส ICD10                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| การให้คำปรึกษา                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> อาหารและภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย<br><input type="checkbox"/> ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> การรับประทานยา<br><input type="checkbox"/> การคลายเครียดและการดูแลสุขภาพจิตใจ <input type="checkbox"/> อื่น <input type="text"/> |
| ระดับความดันโลหิต                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้                                                                                                                                                                                                                          |

ค่าใช้จ่าย :  บาท

รูปที่ 18 แสดงตัวอย่างการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

### 13.การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส
3. กรอกรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการ
4. ให้ทำการกรอกข้อมูลของสามีและเป็นคนไทยเท่านั้นหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |               | ข้อมูลประวัติ      |                                |
|-----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| หมายเลข 13 รหัส | 3620300415574 | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010    | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี              |
| ชื่อ-นามสกุล    | มาริษา ทัพทวี | หมายเลขบัตร        | B89100001541200                |
| วันเกิด         | 25140506      | โนเดล              | 2                              |
| อายุ            | 39 ปี 5 เดือน | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกแพทย์เวชกรรม             |
| เพศ             | หญิง          | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี         |
| HN              | 2222          |                    |                                |

**ตรวจ Thalassemia สามี**

OF/MVC ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

DCIP/E-Screening ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

Hb Typing

Alpha Thalassemia

Beta thalassemia

เลข 13 รหัส สามี :

หรือ

HN สามี

ชื่อ-นามสกุลสามี

**ตรวจ Thalassemia ภรรยา**

Hb Typing

Alpha Thalassemia

Beta thalassemia

PND

ค่าใช้จ่าย :  บาท

รูปที่ 19 แสดงตัวอย่างการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส

#### 14. ทันตกรรมผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมทันตกรรมผู้ใหญ่
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ข้อมูลทั่วไป</b><br>หมายเลข 13 รหัส 3620300415574<br>วันที่รับบริการ 03/11/2010<br>ชื่อ-นามสกุล มาธิตา ทิพทวี<br>วันเกิด 25140506<br>อายุ 39 ปี 5 เดือน<br>เพศ หญิง<br>HN 2222                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>ข้อมูลอื่น</b><br>สิทธิประจำตัว สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)<br>ประเภทสิทธิย่อย ช่วงอายุ 12-59 ปี<br>หมายเลขบัตร B89100001541200<br>โมเดล 2<br>หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกแพทย์เวชกรรม<br>หน่วยบริการส่งต่อ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |  |
| <b>ก. ปัญหาสุขภาพ</b><br><input type="checkbox"/> ตรวจสุขภาพช่องปากให้คำแนะนำและสอนแปรงฟัน<br><b>ผลการตรวจสุขภาพในช่องปาก</b><br><input type="checkbox"/> ฟันผุ จำนวนซี่ที่ผุ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ฟันคุด <input type="checkbox"/> สันเหงือกกว้าง<br>สภาพเหงือกและปริทันต์<br><input type="checkbox"/> เหงือกปกติ <input type="checkbox"/> มีหินน้ำลาย <input type="checkbox"/> ปริทันต์อักเสบ<br><input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ <input type="text"/>              |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>การรักษาที่ควรได้รับ</b><br>ลุดฟัน <input type="text"/> ถอนฟัน <input type="text"/> <input type="checkbox"/> รักษาคลองรากฟัน <input type="text"/> ซี่ <input type="checkbox"/> ผ่าฟันคุด <input type="text"/> ซี่<br>ใส่ฟันปลอม <input type="text"/> <input type="checkbox"/> เกลารากฟัน<br>อื่นๆ ระบุ <input type="text"/><br>ทันตแพทย์ผู้ให้บริการ<br>เลขใบอนุญาตวิชาชีพ <input type="text"/><br>โทรศัพท์ที่ติดต่อได้(ผู้รับบริการ)<br>*โทร. <input type="text"/> ต่อ <input type="text"/> |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| ค่าใช้จ่ายที่ให้บริการรวม : <input type="text"/> บาท<br><input type="button" value="บันทึกข้อมูล"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |

รูปที่ 20 แสดงตัวอย่างทันตกรรมผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทันตแพทย์

## 15.การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

1. เริ่มด้วยการตรวจสอบสิทธิของประชาชน
2. เลือกกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
3. กรอรายละเอียดของกิจกรรมที่มารับบริการหลังจากนั้นให้ทำการบันทึก

| ข้อมูลทั่วไป    |               | ข้อมูลอื่น         |                                |
|-----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| หมายเลข 13 หลัก | 3620300415574 | สิทธิประจำตัว      | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS) |
| วันที่รับบริการ | 03/11/2010    | ประเภทสิทธิย่อย    | ช่วงอายุ 12-59 ปี              |
| ชื่อ-นามสกุล    | มารีษา ทิพทวี | หมายเลขบัตร        | B89100001541200                |
| วันเกิด         | 25140506      | โมเดล              | 2                              |
| อายุ            | 39 ปี 5 เดือน | หน่วยบริการปฐมภูมิ | คลินิกแพทย์เวชกรรม             |
| เพศ             | หญิง          | หน่วยบริการส่งต่อ  | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี         |
| HN              | 2222          |                    |                                |

ป่วยด้วยโรค : ☐ มะเร็ง ☐ เบาหวาน ☐ หัวใจ ☐ หลอดเลือดสมอง ☐ ไตวายเรื้อรัง

**การตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าทั่วไป**

ตรวจ 2 Q ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ตรวจ 9 Q ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะผลการตรวจ 2Q น้อยกว่า 7 คะแนน

ตรวจ 8 Q ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะผลการตรวจ 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน

**การติดตามภาวะซึมเศร้า**

ติดตามประเมินผล 9 Q ครั้งที่ 1 ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะไม่มีผลการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยนักจิตวิทยา/แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ

ติดตามประเมินผล 9 Q ครั้งที่ 2 ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะผลการติดตามครั้งที่ 1

ติดตามประเมินผล 9 Q ครั้งที่ 3 ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะผลการติดตามครั้งที่ 2

ติดตามประเมินผล 9 Q ครั้งที่ 4 ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ได้ตรวจ เพราะผลการติดตามครั้งที่ 3

☐ ให้สุขภาพจิตศึกษา โดยนักจิตวิทยา/แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ  
ค่าใช้จ่าย :  บาท

บันทึกข้อมูล

รูปที่ 21 แสดงตัวอย่างการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

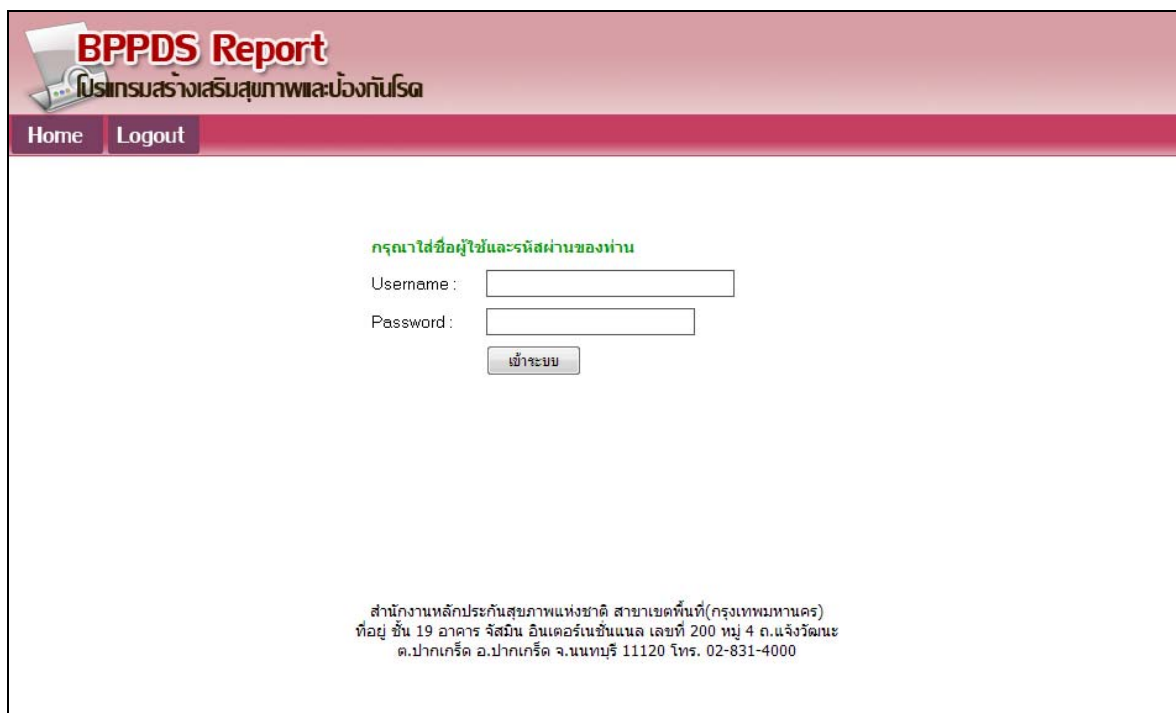
## ประวัติการรับบริการ

เมื่อทำการบันทึกข้อมูลของประชาชนในกิจกรรมต่างๆ หน่วยบริการสามารถทำการตรวจสอบสถานะของข้อมูลได้โดย คลิกที่เมนู **ประวัติการรับบริการ**

รูปที่ 22 แสดงตัวอย่างประวัติการบันทึกข้อมูล

## ตรวจสอบรายงาน

สามารถทำการตรวจสอบรายงานการบันทึกข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพได้โดยเลือกเมนูรายงาน ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังรูป



**BPPDS Report**  
โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Home Logout

กรุณาใส่ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านของท่าน

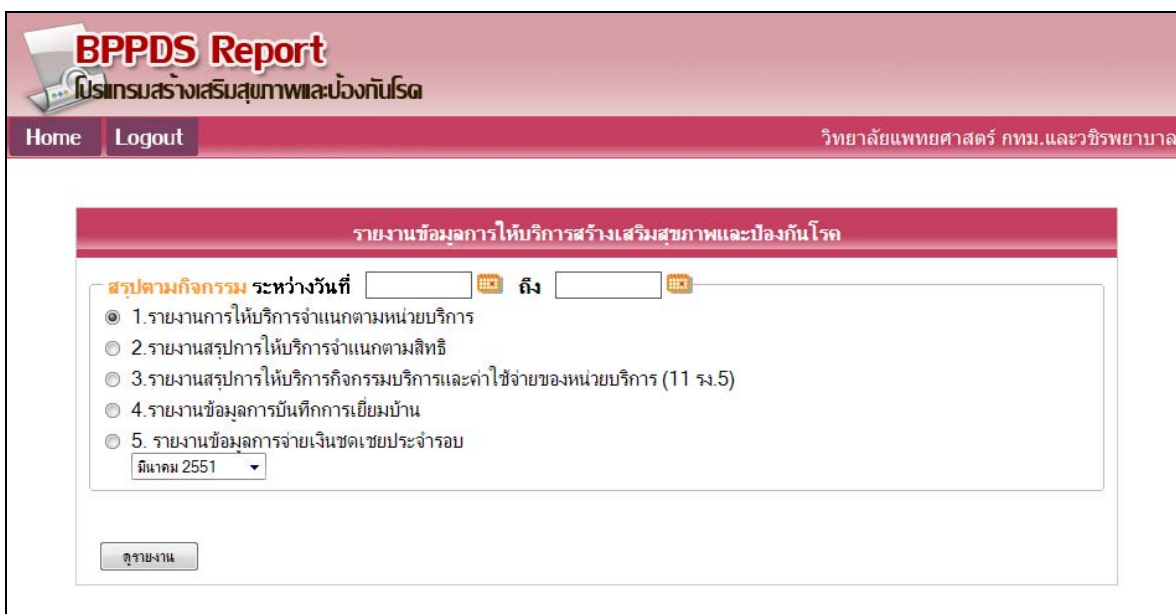
Username :

Password :

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)  
ที่อยู่ ชั้น 19 อาคาร จัสมิน อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 200 หมู่ 4 ถ.แจ้งวัฒนะ  
ต.ปากเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 02-831-4000

รูปที่ 23 แสดงการเข้าระบบ

ทำการ Login เข้าสู่ระบบเมื่อกรอก Username และ Password ถูกต้องจะปรากฏหน้าจอ ดังรูป



**BPPDS Report**  
โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Home Logout วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กทม.และวชิรพยาบาล

รายงานข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สรุปตามกิจกรรม ระหว่างวันที่  ถึง

- ☒ 1.รายงานการให้บริการจำแนกตามหน่วยบริการ
- ☐ 2.รายงานสรุปการให้บริการจำแนกตามสิทธิ
- ☐ 3.รายงานสรุปการให้บริการกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ (11 รง.5)
- ☐ 4.รายงานข้อมูลการบันทึกการเยี่ยมบ้าน
- ☐ 5. รายงานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยประจำปีรอบ

รูปที่ 24 แสดงการ Login เข้าสู่ระบบสำเร็จ

วิธีการตรวจสอบรายงานสามารถทำได้ดังนี้

1. เลือกช่วงเวลาที่ต้องการตรวจสอบข้อมูล
2. เลือกประเภทของรายงานที่ต้องการ หลังจากนั้นให้ทำการ คลิกปุ่ม

ดูรายงาน

รูปที่ 25 แสดงการตรวจสอบรายงาน

1. ตัวอย่างรายงานการให้บริการจำแนกตามหน่วยบริการ

| ลำดับ | ชื่อกิจกรรม                                      | คน/ครั้ง   |
|-------|--------------------------------------------------|------------|
| 1     | ANC                                              | 284 / 662  |
| 2     | EPI                                              | 589 / 933  |
| 3     | การตรวจพัฒนาการเด็ก                              | 0 / 0      |
| 4     | การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ                | 397 / 519  |
| 5     | การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก                     | 132 / 195  |
| 6     | การตรวจมะเร็งเต้านม โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข | 132 / 195  |
| 7     | การให้คำปรึกษาแนะแนว                             | 972 / 1690 |
| 8     | การให้บริการทันตกรรม                             | 9 / 18     |
| 9     | การให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก                   | 308 / 453  |
| 10    | การตรวจหาล้างคลอด                                | 0 / 0      |
| 11    | วางแผนครอบครัว                                   | 104 / 168  |
| 12    | Home Health Care                                 | 228 / 444  |
| 13    | การให้คำปรึกษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง       | 0 / 0      |
| 14    | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                           | 0 / 0      |

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)  
 ที่อยู่ ชั้น 19 อาคาร จีเอ็มเอ็ม อินเทอร์เน็ต เซ็นเตอร์ เลขที่ 200 หมู่ 4 ก.แจ้งวัฒนะ  
 ต.ปากเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 02-831-4000

รูปที่ 26 แสดงตัวอย่างรายงานการให้บริการจำแนกตามหน่วยบริการ

คู่มือการบันทึกรายงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปีงบประมาณ 2554 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับหน่วยบริการ / สถานบริการ

ตัวอย่างข้อมูลรายชื่อผู้รับบริการ anc



# BPPDS Report

โปรแกรมสร้างสรุปรายงานและบันทึกประวัติ

[Home](#)
[Logout](#)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 หนองจอก รุ่งเรือง

รายงานการให้บริการจำแนกตามกิจกรรม ANC ของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 หนองจอก รุ่งเรือง

ระหว่างวันที่ 01/06/2552 ถึง 20/09/2552

แสดงข้อมูลทั้งหมด

| ลำดับ | ชื่อ-นามสกุล             | วันที่บันทึกข้อมูล | วันที่รับบริการ |
|-------|--------------------------|--------------------|-----------------|
| 1     | ชลิดา เสาร์ศิริ          | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 2     | ทิพวรรณ แจ่มแจ้ง         | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 3     | พลอยไพรัตน์ กิ่งดาขยายนา | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 4     | สมัย แก้ววิดี            | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 5     | วิไล มั่นคง              | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 6     | วิรณดา เพชรเลิศ          | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 7     | สำงศ ท้าวมา              | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 8     | อริ โกศล                 | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 9     | อู่แจ้ง แซ่โล้ง          | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 10    | น้ำฝน ศรีฉายา            | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 11    | เครือมาศ บุญอารีย์       | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 12    | รัตนา เทศแสงวง           | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 13    | นิตตพร อ้นนวง            | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 14    | สมปอง เขียวรอดไพร        | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 15    | กาหลง วันดัม             | 15/06/2552         | 01/06/2552      |
| 16    | จิตาภา สาระชัย           | 15/06/2552         | 01/06/2552      |

รูปที่ 27 แสดงตัวอย่างข้อมูลรายชื่อผู้รับบริการ and

### ตัวอย่างข้อมูลผู้รับบริการ

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| ข้อมูลทั่วไป    |                     |
| หมายเลข 13 หลัก | 3102101390501       |
| ชื่อ-นามสกุล    | จิระนาศ เ็นใจ       |
| วันเกิด         | 18 พฤษภาคม 2504     |
| อายุ            | 47 ปี 5 เดือน 4 วัน |
| เพศ             | หญิง                |

|                                 |                                  |                       |                          |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| การฝากครรภ์ที่ 3 ครั้งที่ 1     |                                  | อายุครรภ์ 7 สัปดาห์   |                          |
| วันที่รับบริการ 01 กันยายน 2551 |                                  |                       |                          |
| ประเมิน/ตรวจสุขภาพ              |                                  | ตรวจทางห้องปฏิบัติการ |                          |
|                                 | ประเมิน/ตรวจสุขภาพทั่วไป         |                       | ตรวจ CBC                 |
|                                 | ตรวจปัสสาวะหาน้ำตาลและไข่ขาว     |                       | ตรวจ Blood group         |
|                                 | รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก         |                       | ตรวจ DCIP                |
|                                 | ให้สุขศึกษา                      |                       | ตรวจ Hct                 |
|                                 | และแจกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก |                       | ตรวจ OF                  |
|                                 | ตรวจครรภ์                        |                       | ตรวจ VDRL                |
|                                 |                                  |                       | ตรวจ HIV                 |
|                                 |                                  |                       | อื่นๆ HepB               |
| ทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์     |                                  | การให้คำปรึกษา        |                          |
|                                 | ให้คำแนะนำและสอนแปรงฟัน          |                       | ให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือด |
|                                 | ชุดหินปูนและขัดทำความสะอาดฟัน    |                       | HIV                      |
|                                 |                                  |                       | Thalassaemia             |
|                                 |                                  |                       | อื่นๆ                    |

บันทึกโดย..วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กทม.และวชิรพยาบาล

รูปที่ 28 แสดงตัวอย่างข้อมูลผู้รับบริการ anc

## 2. ตัวอย่างรายงานสรุปการให้บริการจำแนกตามสิทธิ



BPPDS Report

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Home

Logout

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง

รายงานการให้บริการจำแนกตามสิทธิ

ระหว่างวันที่ 01/07/2552 ถึง 23/09/2552

| ลำดับ | ชื่อกิจกรรม                                      | UC ของตัวเอง | UC ของที่อื่น | ประกันสังคม | ข้าราชการ | สิทธิว่าง | สิทธิอื่นๆ |
|-------|--------------------------------------------------|--------------|---------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| 1     | ANC                                              | 26           | 61            | 93          | 1         | 190       | 9          |
| 2     | EPI                                              | 79           | 195           | 0           | 2         | 308       | 32         |
| 3     | การตรวจพัฒนาการเด็ก                              | 0            | 0             | 0           | 0         | 0         | 0          |
| 4     | การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ                | 18           | 34            | 63          | 3         | 122       | 4          |
| 5     | การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก                     | 10           | 33            | 18          | 0         | 63        | 2          |
| 6     | การตรวจมะเร็งเต้านม โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข | 10           | 33            | 18          | 0         | 63        | 2          |
| 7     | การให้คำปรึกษาแนะนำ                              | 115          | 278           | 98          | 4         | 540       | 45         |
| 8     | การให้บริการทันตกรรม                             | 1            | 3             | 5           | 0         | 9         | 0          |
| 9     | การให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก                   | 35           | 91            | 0           | 1         | 133       | 6          |
| 10    | การตรวจหลังคลอด                                  | 0            | 0             | 0           | 0         | 0         | 0          |
| 11    | วางแผนครอบครัว                                   | 15           | 23            | 18          | 1         | 62        | 5          |
| 12    | Home Health Care                                 | 41           | 183           | 16          | 21        | 6         | 2          |
| 13    | การให้คำปรึกษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง       | 0            | 0             | 0           | 0         | 0         | 0          |
| 14    | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                           | 0            | 0             | 0           | 0         | 0         | 0          |

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)

ที่อยู่ ชั้น 19 อาคาร จีเอ็มเอ็ม แบริ่ง ถนนสุขุมวิท เขต 200 หมู่ 4 ก.แจ้งวัฒนะ

ต.ปากเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 02-831-4000

รูปที่ 29 แสดงตัวอย่างรายงานสรุปการให้บริการจำแนกตามสิทธิ

## 3. ตัวอย่างรายงานสรุปการให้บริการกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ



# BPPDS Report

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Home

Logout

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง

ข้อมูลการคลอด

รวมยอดของตัวเรา

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันเด็กเล็ก

เสริมสร้างภูมิคุ้มกันเด็ก(6-14 ปี)

เสริมสร้างภูมิคุ้มกันเด็ก(15 ปี ขึ้นไป)

ส่งเสริมแม่ใจดีใจโลก

รายงานสรุปการให้บริการกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ (11 รง.5) (ข้อมูลการคลอด)  
ระหว่างวันที่ 01/07/2552 ถึง 23/09/2552

| ลำดับ | ประเภทสิทธิ                         | ตรวจก่อนคลอด |       | ตรวจหลังคลอด |       |
|-------|-------------------------------------|--------------|-------|--------------|-------|
|       |                                     | คน           | ครั้ง | คน           | ครั้ง |
| 1     | ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกค่าสังกัด | 1            | 1     | 0            | 0     |
| 2     | ประกันสังคม                         | 92           | 92    | 0            | 0     |
| 3     | UC ในเครือข่าย                      | 26           | 26    | 0            | 0     |
| 4     | UC นอกเครือข่าย                     | 61           | 61    | 0            | 0     |
| 5     | สิทธิอื่นๆ                          | 190          | 200   | 0            | 0     |
| รวม   |                                     | 370          | 380   | 0            | 0     |

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่(กรุงเทพมหานคร)  
ที่อยู่ ชั้น 19 อาคาร จีเอ็มเอ็ม แชนแนล เลขที่ 200 หมู่ 4 ก.แจ้งวัฒนะ  
ต.ปากเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร. 02-831-4000

รูปที่ 30 แสดงตัวอย่างรายงานสรุปการให้บริการกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

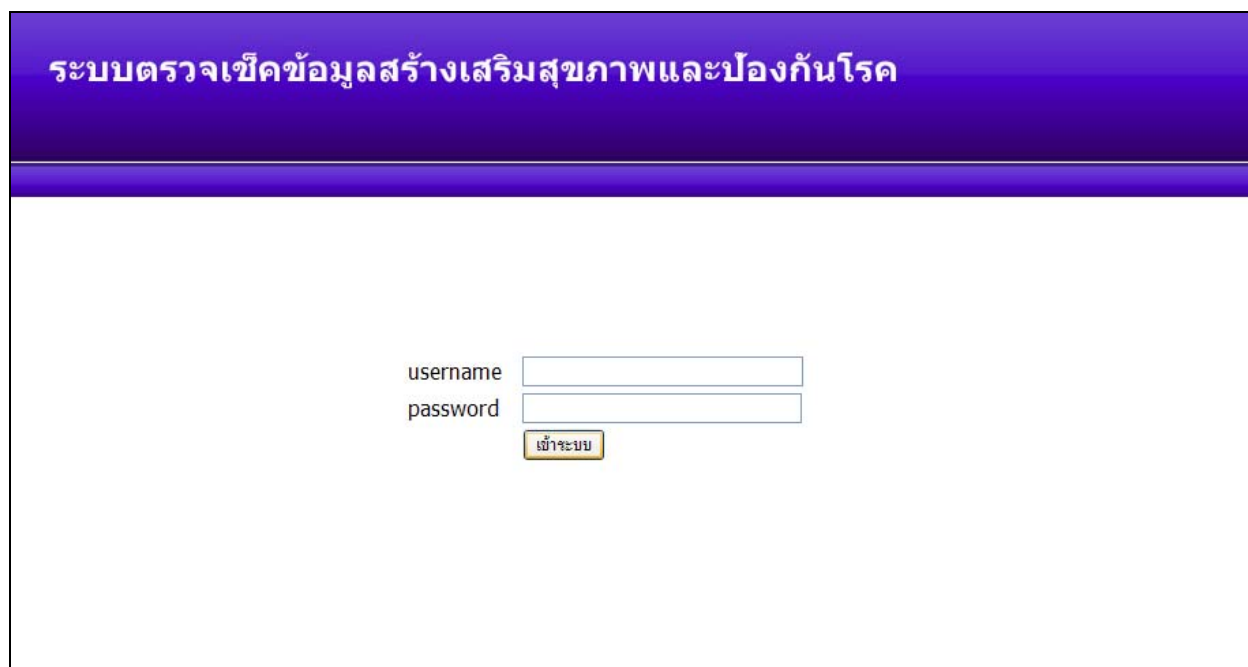
#### 4. ตัวอย่างรายงานข้อมูลการบันทึกการเยี่ยมบ้าน

| <div>  <b>BPPDS Report</b><br/>                     โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค                 </div> <div> <a href="#">Home</a> <a href="#">Logout</a> </div> <div>                         ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 หนองแขม รุ่งเรือง                     </div> |                                                                 |                   |      |                |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|------|----------------|---------|
| <div>                         รายงานการเยี่ยมบ้าน<br/>                         ระหว่างวันที่ 01/07/2552 ถึง 23/09/2552                     </div>                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                   |      |                |         |
| ลำดับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | บ้านเลขที่                                                      | จำนวนผู้<br>อาศัย | ปกติ | มีปัจจัยเสี่ยง | เป็นโรค |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 539/1 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร  | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 468 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 2                 | 2    | 0              | 0       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 277 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 710/10 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร | 91                | 91   | 0              | 0       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 67/20 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร  | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 566 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 235/15 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 9/215 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร  | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | บ้านเลขที่ 2 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร      | 1                 | 0    | 1              | 0       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 74 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร     | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 4279 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร   | 1                 | 0    | 0              | 1       |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 515 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 2                 | 2    | 0              | 0       |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 59/109 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 57/336 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร | 1                 | 0    | 0              | 1       |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 771 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 1                 | 0    | 0              | 1       |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 29 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร     | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 33/3 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร   | 1                 | 1    | 0              | 0       |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | บ้านเลขที่ 153 แขวง บางนา เขต เขตบางนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร    | 1                 | 1    | 0              | 0       |

รูปที่ 31 แสดงตัวอย่างรายงานข้อมูลการบันทึกการเยี่ยมบ้าน

## ระบบตรวจสอบข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สามารถทำการตรวจสอบรายงานการบันทึกข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพได้โดยเลือกเมนูระบบตรวจสอบข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังรูป



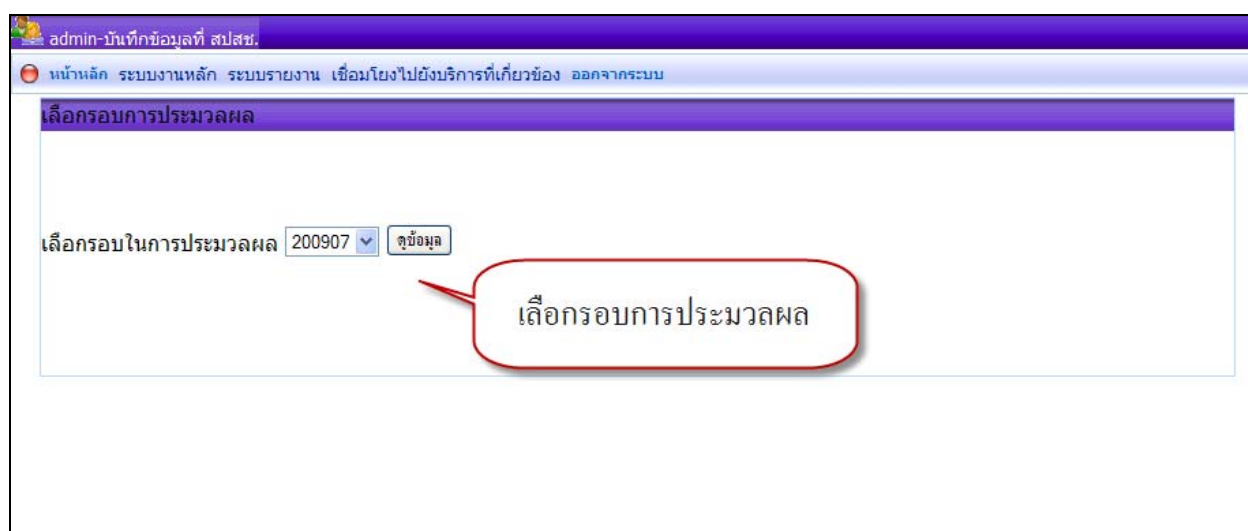
ระบบตรวจเช็คข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

username

password

รูปที่ 32 แสดงหน้าแรกของระบบเช็คข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทำการ Login เข้าสู่ระบบเมื่อกรอก Username และ Password ถูกต้องจะปรากฏหน้าจอ ดังรูปและให้ทำการเลือกรอบในการประมวลผล หลังจากนั้นให้ทำการคลิกปุ่ม



admin-บันทึกข้อมูลที่ สปสช.

หน้าหลัก ระบบงานหลัก ระบบรายงาน เชื่อมโยงไปยังบริการที่เกี่ยวข้อง ออกจากระบบ

เลือกรอบการประมวลผล

เลือกรอบในการประมวลผล 200907

เลือกรอบการประมวลผล

รูปที่ 33 แสดงหน้าการเลือกรอบข้อมูลที่ต้องการประมวลผล

ในหน้านี้นี้จะแสดงรายละเอียดของการส่งข้อมูล

| รอบการส่งข้อมูล 200907 |                                                  |                     |                                         |
|------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| ลำดับ                  | กิจกรรม                                          | ผ่านการตรวจจ่ายเงิน | ไม่ผ่านการตรวจ / ไม่เข้าเงื่อนไข/ยกเลิก |
| 1                      | ฝากครรภ์                                         | 20                  | 0                                       |
| 2                      | ให้วัคซีนเด็ก                                    | 0                   | 0                                       |
| 3                      | การตรวจพัฒนาการเด็ก                              | 10                  | 0                                       |
| 4                      | การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ                | 0                   | 0                                       |
| 5                      | การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก                     | 0                   | 0                                       |
| 6                      | การตรวจมะเร็งเต้านม โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข | 0                   | 0                                       |
| 7                      | การให้คำปรึกษาแนะนำ                              | 0                   | 0                                       |
| 8                      | Home Visit                                       | 0                   | 0                                       |
| 9                      | การให้บริการทันตกรรม                             | 20                  | 20                                      |
| 10                     | การให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก                   | 0                   | 0                                       |
| 11                     | การตรวจหลังคลอด                                  | 0                   | 0                                       |
| 12                     | วางแผนครอบครัว                                   | 30                  | 10                                      |
| 13                     | Home Health Care                                 | 0                   | 0                                       |
| 14                     | การให้คำปรึกษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง       | 0                   | 0                                       |
| 15                     | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                           | 0                   | 0                                       |
| 16                     | Thalassemia                                      | 0                   | 0                                       |
| 17                     | ดูแลเด็กหลังคลอด                                 | 0                   | 0                                       |
| 18                     | คัดกรองภาวะซึมเศร้า                              | 0                   | 0                                       |

รูปที่ 34 แสดงรายละเอียดของการส่งข้อมูล

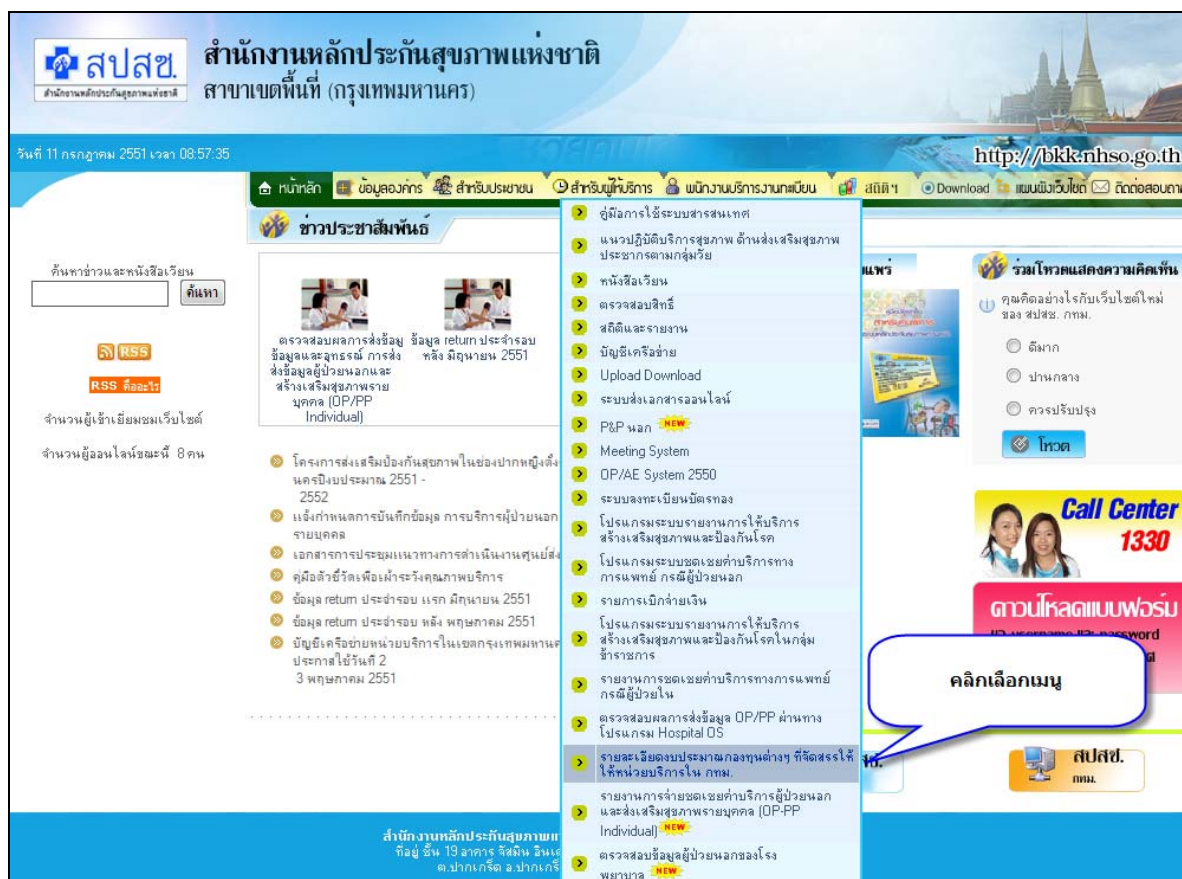
สามารถตรวจสอบข้อมูลรายกิจกรรมได้ดังรูป

| ระบบตรวจสอบข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค                               |               |                   |                 |                         |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
| admin-บันทึกข้อมูล สปสช.                                                     |               |                   |                 |                         |
| หน้าหลัก ระบบงานหลัก ระบบรายงาน เชื่อมโยงไปยังบริการที่เกี่ยวข้อง ออกจากระบบ |               |                   |                 |                         |
| รายละเอียดการส่งข้อมูล                                                       |               |                   |                 |                         |
| รอบการส่งข้อมูล 200909 ประเภท ฝากครรภ์                                       |               |                   |                 |                         |
| ลำดับ                                                                        | เลข 13 หลัก   | ชื่อ-นามสกุล      | วันที่รับบริการ | สถานะการตรวจสอบ         |
| 1                                                                            | 1100201749430 | ทักษิณาวรรต นานิน | 27 ก.ย. 2009    | ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช. |
| 2                                                                            | 1100702626012 | กรรชัย อ่อนขาว    | 27 ก.ย. 2009    | ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช. |

รูปที่ 35 แสดงรายการกิจกรรม

## การตรวจสอบรายงานการจ่ายเงิน

เริ่มต้นการเข้าใช้งานระบบโดยเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแล้ว ให้เปิดเว็บเบราว์เซอร์ เข้าไปที่ <http://bkk.nhso.go.th> คลิกเมาส์เลือกเมนู “รายละเอียดงบประมาณกองทุนต่างๆที่จัดสรรให้หน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร”



รูปที่ 36 แสดงการเลือกเมนู

รูปที่ 37 แสดงหน้าแรกของระบบ

เมื่อทำการเข้าระบบได้ถูกต้องจะปรากฏหน้าจอดังรูป โดยจะประกอบด้วยรายงานต่างๆ เมื่อต้องการทราบรายละเอียดของรายงานให้คลิกปุ่ม “รายละเอียด”

| Category | Item                                                                                                  | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PP       | >> ขกแผนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับกลุ่มผู้ที่มีสิทธิ UC ตามวัยฯ ตาม...           | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับกลุ่มผู้ที่มีสิทธิ UC ตามวัยฯ ตาม...           | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> P 4 PP ตามให้บริการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการและให้คำแนะนำและความช่วยเหลือของตัวชี้วัดและเป้าหมาย | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> On Top Counseling P&P (DMJHT)                                                                      | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> งานประมาณการจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่หน่วยบริการ                       | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| OP       | >> งานประมาณการจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในหน่วยบริการ(OP/PP) ประจำปี...     | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มผู้ที่มีสิทธิ UC ตามวัย A/E ตามวัยฯ ตาม...                   | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล (OP/PP individual)                             | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 6 โรค (Ontop OP Chronic Disease)                            | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| IP       | >> ขกแผนการให้บริการตามผู้ป่วยนอกในคลินิก กอง Exclusive                                               | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการให้บริการตามผู้ป่วยนอกในคลินิก กอง Inclusive ตาม (Cleaning House)                          | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|          | >> ขกแผนการให้บริการตามผู้ป่วยนอกในคลินิก กอง Exclusive ตามวัยฯ (Cleaning House)                      | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |

รูปที่ 38 แสดงหน้าแรกเมื่อเข้าระบบสำเร็จ

ให้ทำการเลือกกรอบการจ่ายเงิน หลังจากนั้นให้ทำการคลิกปุ่ม “ตกลง”

เข้าสู่ระบบโดย คุณกาญจน์ ปานแก้ว- เรือพระวังคลินิกเวชกรรม สาขา 3 [logout]

<==กลับไปหน้าหลัก

รายงานข้อมูลหัวข้อ : **ขอขยายการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Papsmear)**

เลือกกลุ่มรายงาน :

1.เลือกกลุ่มรายงานที่ต้องการ

| ลำดับ | ชื่อเอกสารให้ดาวน์โหลด | วันที่อัปโหลด |
|-------|------------------------|---------------|
| 1     | bkk_22682_200906.xls   | 08/09/2552    |

2.เพื่อดาวน์โหลดเอกสาร

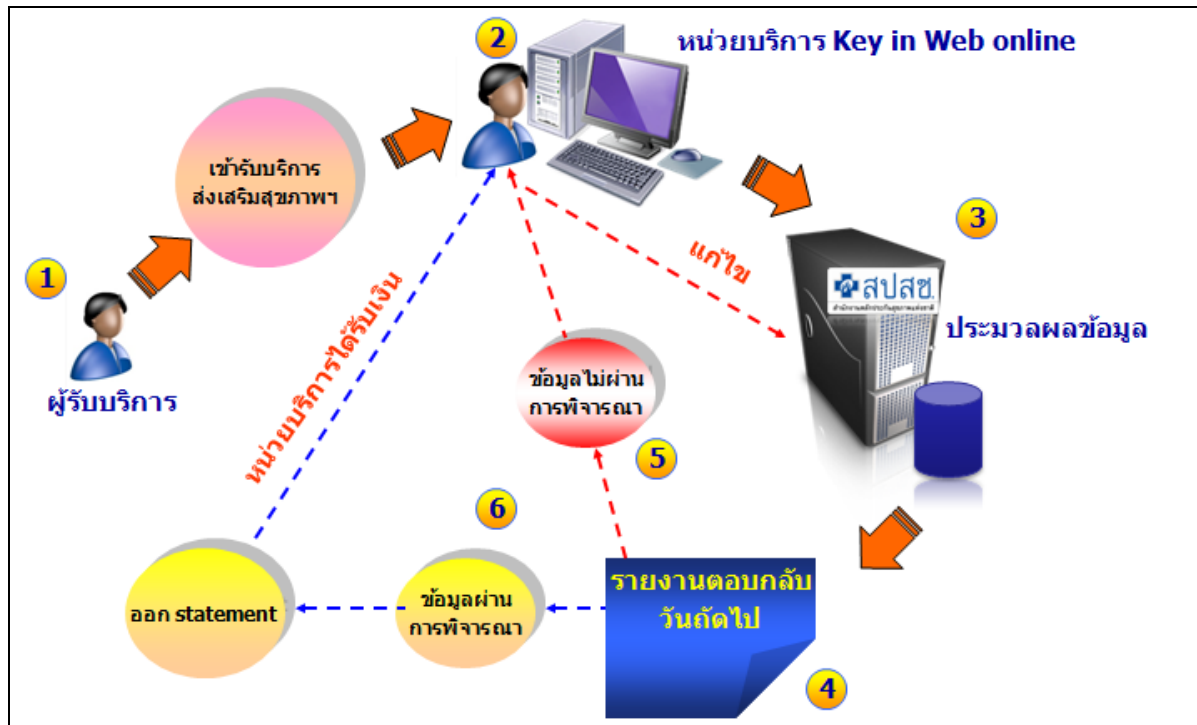
รูปที่ 39 แสดงตัวอย่างรายงาน

ตัวอย่างรายละเอียดของรายงาน

| A  | B                                                                                  | C             | D                    | E        | F                                                | G               | H                     | I              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|----------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| 1  | รายงานการจ่ายค่าบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (PAP Smear) เดือน ตุลาคม 2551-มีนาคม 2552 |               |                      |          |                                                  |                 |                       |                |
| 2  | สำหรับ คลินิกเวชกรรมสรองประชา รหัสสถานพยาบาล 22682                                 |               |                      |          |                                                  |                 |                       |                |
| 3  | ลำดับ                                                                              | เลข 13 หลัก   | ชื่อ - สกุล          | อายุ(ปี) | สิทธิ                                            | วันที่รับบริการ | ประเภทการบริการ       | กิจกรรมบริการ  |
| 4  | 1                                                                                  | 1100500086904 | จุฬาทิพย์ มั่งสาคร   | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 12/02/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 5  | 2                                                                                  | 1100500086904 | จุฬาทิพย์ มั่งสาคร   | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 05/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 6  | 3                                                                                  | 1100500112646 | พรพรรณ ชันคำ         | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 7  | 4                                                                                  | 1100500336102 | สุธิดา นักร้อง       | 19       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 8  | 5                                                                                  | 1100500390956 | อานิสสา แสงจันทร์    | 18       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 9  | 6                                                                                  | 1100700841773 | พัชราภรณ์ ถนอมนาม    | 20       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 25/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 10 | 7                                                                                  | 1570400008193 | อรุณา ธนะสม          | 24       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 11 | 8                                                                                  | 1620300056047 | นฤมล โพธิ์สา         | 19       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 12 | 9                                                                                  | 1670500002293 | ชานุมาส พิลาสุข      | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 13 | 10                                                                                 | 2600700001264 | ลลิต พันธ์สัน        | 36       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 14 | 11                                                                                 | 3100200518325 | วลินา บุญเลิศ        | 47       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 15 | 12                                                                                 | 3100201377237 | วันเพ็ญ พูลน้อย      | 49       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 16 | 13                                                                                 | 3100201955869 | เทพสิรินทร์ ชุมสาย ณ | 60       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 17 | 14                                                                                 | 3100400191907 | รัชดา สังข์สมุทร     | 37       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 18 | 15                                                                                 | 3100400191907 | รัชดา สังข์สมุทร     | 37       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 30/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 19 | 16                                                                                 | 3100500678182 | ประเวทย์ อินทสุวรรณ  | 48       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 04/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 20 | 17                                                                                 | 3100501039728 | สำเนียง คำนิล        | 43       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 21 | 18                                                                                 | 3100501043342 | น้อย พลภักดิ์        | 56       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 22 | 19                                                                                 | 3100501044527 | ลออง ก้อนหอม         | 64       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL) | 17/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 23 | 20                                                                                 | 3100501047682 | อโร นารีจันทร์       | 52       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 03/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 24 | 21                                                                                 | 3100501107987 | สอาด หฤทัย           | 75       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL) | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 25 | 22                                                                                 | 3100501441518 | สมรัตน์ มะลิวัลย์    | 80       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |
| 26 | 23                                                                                 | 3100501488212 | จิรินทร์ ชุ่มเย็น    | 57       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 27/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear |

รูปที่ 40 แสดงตัวอย่างรายงาน

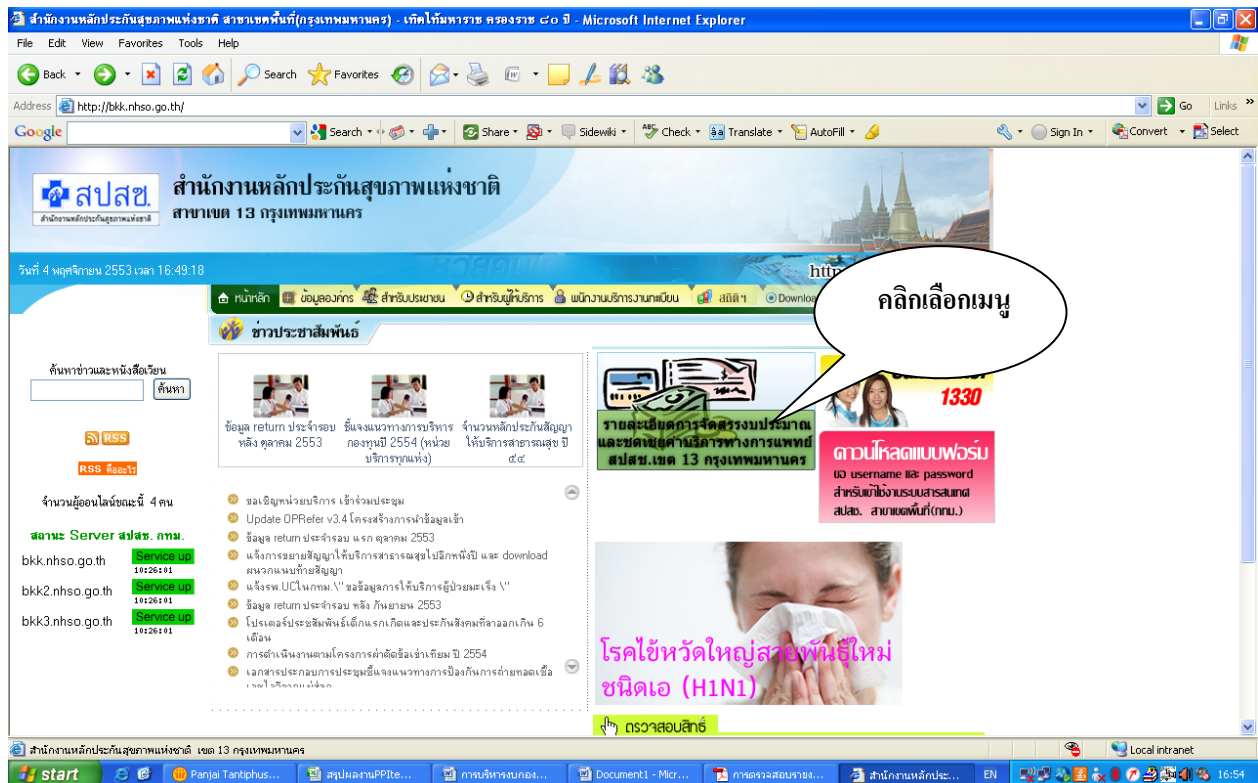
## การส่งข้อมูล PP Itemize



รูปที่ 41 แสดงการส่งข้อมูล PP Itemize

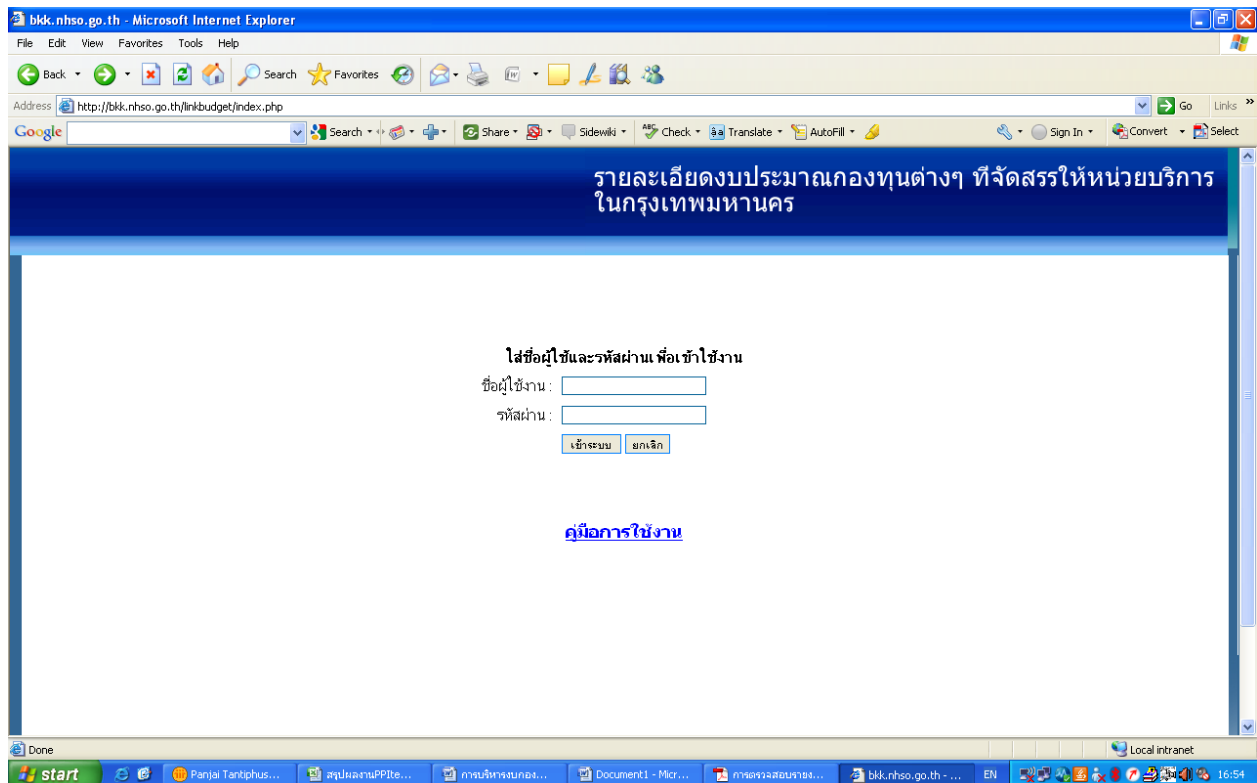
## การตรวจสอบรายงานการจ่ายเงิน

เริ่มต้นการเข้าใช้งานระบบโดยเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแล้ว ให้เปิดเว็บเบราว์เซอร์ เข้าไปที่ <http://bkk.nhso.go.th> คลิกเมาส์เลือกเมนู “รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร”



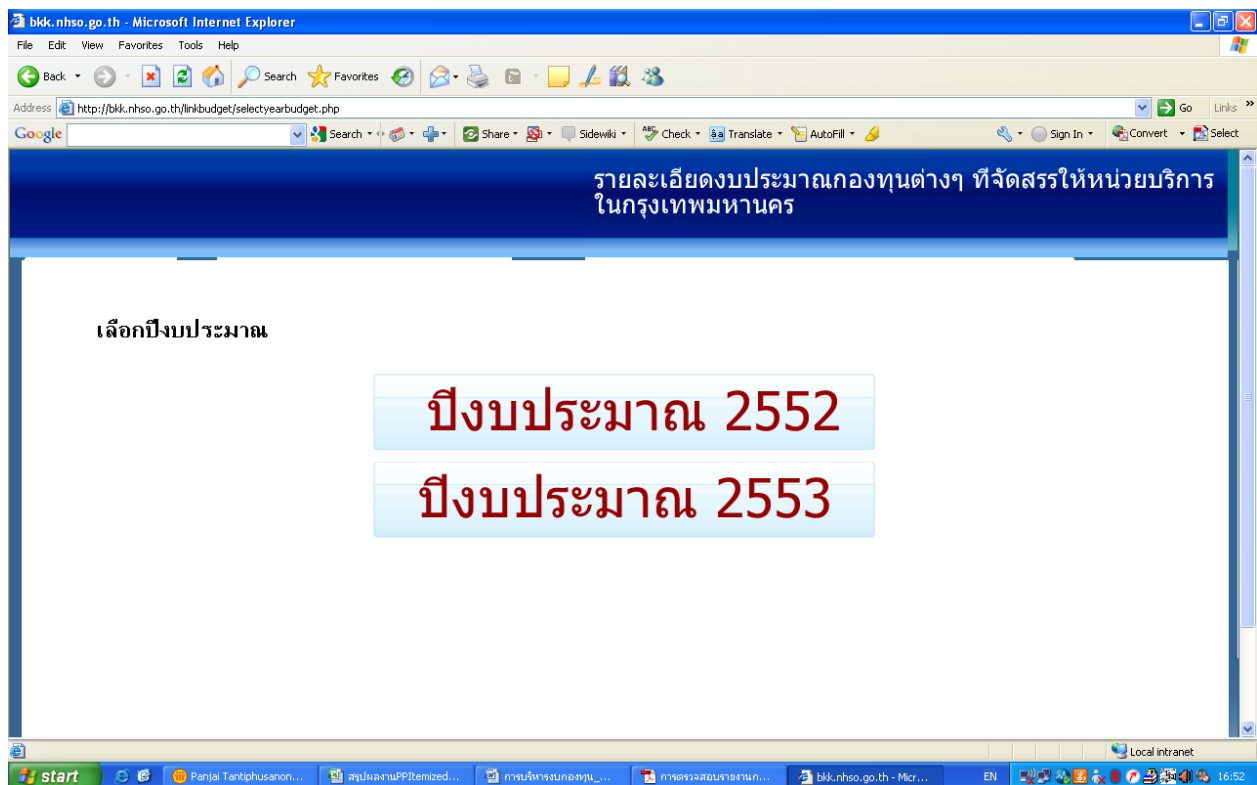
รูปที่ 1 แสดงการเลือกเมนู

หน้าแรกจะให้กรอก Username และ Password โดยในการเข้าใช้งานระบบนี้จะต้องมี Username และ Password ก่อน โดยสามารถทำหนังสือขอมาได้ทั้งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เมื่อกรอก Username และ Password แล้ว จะสามารถเข้าไปใช้งานระบบได้ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงหน้าการ log in เข้าสู่ระบบ

จากนั้นให้เลือกปีงบประมาณที่ต้องการดูรายงาน ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 เลือกปีงบประมาณ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

เมื่อทำการเข้าระบบได้ถูกต้องจะปรากฏหน้าจอดังรูป โดยจะประกอบด้วยรายงานต่างๆ เมื่อต้องการทราบรายละเอียดของรายงานให้คลิกปุ่ม “รายละเอียด”

สปสข. รายงานแสดงงบประมาณกองทุนต่าง ๆ จัดสรรให้หน่วยบริการ ในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2551

เข้าสู่ระบบโดย นายอาทิตย์ ทรัพย์รุ่งโรจน์ ตั้งวงษ์ศิริ โรงพยาบาลอุ้มผาง จ.น่าน [logout]

| PP                                                                                                  | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| >> ขดเคาะการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ UC ตามเชิงฯ                  | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ UC ตามเชิงฯ                  | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> P 4 PP การให้บริการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการและให้คำแนะนำตามความเหมาะสมของตัวชี้วัดและเป้าหมาย | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> On Top Counseling P&P (DMHT)                                                                     | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> งบประมาณหน่วยงานรายหัวผู้ป่วยเอก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่หน่วยบริการ                     | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |

| OP                                                                                             | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| >> งบประมาณหน่วยงานรายหัวผู้ป่วยเอก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในหน่วยบริการ(OP/PP) ประจำปี | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยเอกสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ UC ตาม A/E ตามเชิงฯ                      | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยเอกและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP/PP individual)                  | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยเอกโรคเรื้อรัง 6 โรค (Ontop OP Chronic Disease)                    | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |

คลิกเพื่อตรวจสอบ

| IP                                                                        | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยในรายบุคคล ของ Exclusive                      | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยในรายบุคคล ของ Inclusive ตาม (Clearing House) | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |
| >> ขดเคาะการให้บริการผู้ป่วยในรายบุคคล ของ Exclusive ตาม (Clearing House) | รายละเอียด | รายละเอียดเปรียบเทียบ |

รูปที่ 4 แสดงหน้าจอแรกเมื่อเข้าระบบสำเร็จ

ให้ทำการเลือกกลุ่มรายงานการจ่ายเงิน แล้วคลิกปุ่ม “ดูข้อมูล” จากนั้นให้เลือกคลิกที่ชื่อเอกสารที่ต้องการ

เข้าสู่ระบบโดย คุณกาญจน์ ปานแก้ว- เรืองระวีวงศ์ศิริเวชกรรม สาขา 3 [logout]

<==กลับไปหน้าหลัก

รายงานข้อมูลหัวข้อ : ขดเคาะการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Papsmear)

เลือกกลุ่มรายงาน : ขดเคาะการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)เดือนตุลาคม2551ถึงเดือนมีนาคม2552 [ดูข้อมูล]

1.เลือกกลุ่มรายงานที่ต้องการ

| ลำดับ | ชื่อเอกสารให้ดาวน์โหลด | วันที่อัปโหลด |
|-------|------------------------|---------------|
| 1     | bkk 22682 200906.xls   | 08/09/2552    |

2.เพื่อดาวน์โหลดเอกสาร

รูปที่ 5 แสดงขั้นตอนการเลือกรายงาน

## ตัวอย่าง รายละเอียดของรายงาน

| A  | B                                                                                  | C             | D                    | E        | F                                                | G               | H                     | I              |                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|----------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|------------------|
| 1  | รายงานการจ่ายค่าบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) เดือน ตุลาคม 2551-มีนาคม 2552 |               |                      |          |                                                  |                 |                       |                |                  |
| 2  | สำหรับ คลินิกเวชกรรมสงเคราะห์ราษฎร์ โรงพยาบาล ขยบมาล 22682                         |               |                      |          |                                                  |                 |                       |                |                  |
| 3  | ลำดับ                                                                              | เลข 13 หลัก   | ชื่อ - สกุล          | อายุ(ปี) | สิทธิ                                            | วันที่รับบริการ | ประเภทการบริการ       | กิจกรรมบริการ  | จำนวนเงินที่จ่าย |
| 4  | 1                                                                                  | 1100500086904 | จุฬาทิพย์ มั่งสาคร   | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 12/02/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 5  | 2                                                                                  | 1100500086904 | จุฬาทิพย์ มั่งสาคร   | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 05/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 6  | 3                                                                                  | 1100500112646 | พรพรรณ ชันคำ         | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 7  | 4                                                                                  | 1100500336102 | สุธิดา นกขัต         | 19       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 8  | 5                                                                                  | 1100500390956 | อานิสสา แสงจันทร์    | 18       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 9  | 6                                                                                  | 1100700841773 | พัชรภรณ์ ถนอมนาม     | 20       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 25/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 10 | 7                                                                                  | 1570400008193 | อรุณา ธนสม           | 24       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 11 | 8                                                                                  | 1620300056047 | นฤมล โพธิ์สภา        | 19       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 12 | 9                                                                                  | 1670500002293 | ชานนาศ พิลาสุข       | 23       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 13 | 10                                                                                 | 2600700001264 | ลมัย พันกลิ่น        | 36       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 14 | 11                                                                                 | 3100200518325 | วสินา บุญเลิศ        | 47       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 15 | 12                                                                                 | 3100201377237 | วันเพ็ญ พูลอ้อย      | 49       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 16 | 13                                                                                 | 3100201955869 | เทพสิรินทร์ ชุมสาย ณ | 60       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 17 | 14                                                                                 | 3100400191907 | รัชดา สังข์สมุทร     | 37       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   |                 | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 18 | 15                                                                                 | 3100400191907 | รัชดา สังข์สมุทร     | 37       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 30/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 19 | 16                                                                                 | 3100500678182 | ประเยาว์ อินทสุวรรณ  | 48       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 04/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 20 | 17                                                                                 | 3100501039728 | สำเนียง คำนิล        | 43       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 21 | 18                                                                                 | 3100501043342 | น้อย พลศักดิ์        | 56       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 22 | 19                                                                                 | 3100501044527 | ลอลอง ก่อนนวม        | 64       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL) | 17/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 23 | 20                                                                                 | 3100501047682 | อุไร นารีจันทร์      | 52       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 03/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 24 | 21                                                                                 | 3100501107987 | สอาด หฤทัย           | 75       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL) | 24/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 25 | 22                                                                                 | 3100501441518 | สมรัตน์ มะลิวัลย์    | 60       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 31/03/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |
| 26 | 23                                                                                 | 3100501488212 | จิรินทร์ ชุมเย็น     | 57       | สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UCS)                   | 27/01/2552      | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ตรวจ Pap Smear | 250.00           |

รูปที่ 6 แสดงตัวอย่างรายงาน

## แบบฟอร์มการอุทธรณ์

**ขอเบิกค่าชดเชยการฝากครรภ์ครั้งแรก กรณีตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครรภ์ ใน 1 ปีจากสาเหตุการสิ้นสุดการตั้งครรภ์**

ที่.....

ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล.....

รหัสสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขออุทธรณ์เบิกค่าชดเชยการฝากครรภ์ครั้งแรก กรณีตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครรภ์ ใน 1 ปีงบประมาณ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์)

2. เอกสารหน้าโปรแกรม Bethesda Form ที่ระบุปฏิเสธการจ่ายค่าชดเชย

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้ตั้งเงื่อนไขการเบิกค่าชดเชยการฝากครรภ์ครั้งแรกในอัตรา 1,200 บาท ได้เพียงครั้งเดียวใน 1 ปี นั้น พบว่ามีผู้มาฝากครรภ์ครั้งที่..... ในปีงบประมาณ ..... ซึ่งเป็นกรณีการฝากครรภ์ครั้งแรกในปีเดียวกัน จากสาเหตุการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้คือ..... ดังรายละเอียดการฝากครรภ์ในครั้งนี่คือ

ชื่อ- สกุลผู้รับบริการ.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....วันที่รับบริการ.....

อายุ..... ปี HN..... สิทธิประจำตัว.....

หมายเลขบัตร.....G.....P.....A..... LMP.....

EDC.....ตรวจครรภ์ครั้งที่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานที่จำเป็นต่อการพิจารณาตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตราถ้ามี)

หมายเหตุ รับเอกสารอุทธรณ์วันสุดท้ายวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปีงบประมาณ

โดยดูจากวันประทับตราไปรษณีย์

ชื่อผู้ประสานงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

โทรสาร.....

## แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่ม Metabolic

☐ ผู้ประกันตน   ☐ ข้าราชการ   ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

|  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|
|  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |
|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|

ผู้รับการตรวจ ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ .....

หน่วยบริการที่ตรวจคัดกรอง ชื่อ..... จังหวัด.....

วันที่ตรวจ.....

### 1. ข้อมูลครอบครัว

#### 1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย

- |                                                    |                                                        |                                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.1.1 เบาหวาน (DM)        | <input type="checkbox"/> 1.1.2 ความดันโลหิตสูง (HT)    | <input type="checkbox"/> 1.1.3 โรคเกาต์ (Gout)                   |
| <input type="checkbox"/> 1.1.4 ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> 1.1.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | <input type="checkbox"/> 1.1.6 เส้นเลือดสมอง (Stroke)            |
| <input type="checkbox"/> 1.1.7 ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> 1.1.8 ไม่ทราบ                 | <input type="checkbox"/> 1.1.9 อื่นๆระบุ เช่น <u>ตัดขา ตาบอด</u> |

#### 1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- |                                                    |                                                        |                                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.2.1 เบาหวาน (DM)        | <input type="checkbox"/> 1.2.2 ความดันโลหิตสูง (HT)    | <input type="checkbox"/> 1.2.3 โรคเกาต์ (Gout)                   |
| <input type="checkbox"/> 1.2.4 ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> 1.2.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | <input type="checkbox"/> 1.2.6 เส้นเลือดสมอง (Stroke)            |
| <input type="checkbox"/> 1.2.7 ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> 1.2.8 ไม่ทราบ                 | <input type="checkbox"/> 1.2.9 อื่นๆระบุ เช่น <u>ตัดขา ตาบอด</u> |

### 2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

- |                                     |                             |                                |                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน (DM)                 | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT)         | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ                          | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต                       | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ                        | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ             | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน)    |                             | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> ไม่มี      |
| 2.8 คลอควบคุมน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม |                             | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> ไม่มี      |
| 2.9 ดื่มน้ำบ่อยและมาก               |                             | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> ไม่มี      |

- 2.10 บัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.11 กินจุแต่พอมลง ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.14 ค้นตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.16 ซาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ☐ มี ☐ ไม่มี

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- ☐ 3.1 รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
- ☐ 3.2 รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ
- ☐ 3.3 เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ 4.1 สูบ จำนวน .....มวน/วัน /จำนวน ..... Pack/year ชนิดของบุหรี่.....  
ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
- ☐ 4.2 ไม่สูบ
- ☐ 4.3 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ.....ระยะเวลา.....ปี  
(ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ 5.1 ดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์ (ดื่มเหล้า > 45 cc ต่อวัน/ ดื่มเบียร์ > 240 cc ต่อวัน / ดื่มไวน์ > 120 cc ต่อวัน)
- ☐ 5.2 ไม่ดื่ม
- ☐ 5.3 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา

- ☐ 6.1 ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที
- ☐ 6.2 ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ 6.3 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ 6.4 ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ☐ 6.5 ไม่ออกกำลังกายเลย

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 7.1 หวาน
- ☐ 7.2 เค็ม
- ☐ 7.3 มัน
- ☐ 7.4 ไม่ชอบทุกข้อ

## 8. การตรวจร่างกาย

Wt.....kg.      Ht.....cm.      BMI.....kg./m<sup>2</sup>

BP ครั้งที่ 1  /       BP ครั้งที่ 2  /  mmHg.

ค่า BP เฉลี่ย  /  mmHg.

เส้นรอบเอว.....ซม. (ชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.)

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด- กรณีตรวจ FBS .....mg%      หรือ

- Post prandial blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ซม.)

ตรวจร่างกายทั่วไป.....

.....

.....

## สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยัน

- ☐ ไม่พบความเสี่ยง
- ☐ พบความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค      ☐ DM      ☐ HT      ☐ Stroke      ☐ Obesity
- ☐ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง      ☐ DM      ☐ HT      ☐ Stroke      ☐ Obesity

9.กรณีผู้รับบริการอายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่าBMIมากกว่า 25 กก/ม<sup>2</sup> ดำเนินการตรวจ

## Total Cholesterol

- ☐ ไม่ตรวจ
- ☐ ตรวจ      ค่าที่ตรวจได้.....mg/dl      ☐ ปกติ      ☐ ผิดปกติ

## การดำเนินงาน

- ☐ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี
- ☐ ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ☐ ส่งต่อเพื่อรักษา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

## เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic

| No. | พฤติกรรมเสี่ยงเรื่อง      | ดัชนีชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยง                                        |
|-----|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1   | โรคเบาหวาน (DM)           | ตามตารางที่ (1)และ (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |
| 2   | โรคความดันโลหิตสูง (HT)   | 1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น HT<br>2.ไขมันในเลือดผิดปกติ<br>3.BMI $\geq 25$ (23 women) หรือ<br>เส้นรอบเอว $\geq 36$ นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย<br>เส้นรอบเอว $\geq 32$ นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง<br>4.ความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย) :-<br>Systolic $\geq 130$ - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ<br>Diastolic $\geq 80$ - 89 มิลลิเมตรปรอท<br>5.สูบบุหรี่:-<br>มีการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน/วัน หรือ<br>มีการสูบบุหรี่ 20 Pack year<br>6.ไม่ออกกำลังกาย หรือ<br>ออกกําลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์                                                                                                                        | ข้อ 1-4 พบ 1 ข้อ เสี่ยง HT<br>ข้อ 5-6+ ข้อ1-4 อีก1 ข้อเสี่ยง HT  |
| 3   | โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) | 1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น Stroke<br>2.ประวัติป่วยด้วยโรคหรืออาการไขมันในเลือดผิดปกติ / หัวใจ / อัมพาต<br>3.BMI $\geq 25$ (23 women) หรือ<br>เส้นรอบเอว $\geq 36$ นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย<br>เส้นรอบเอว $\geq 32$ นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง<br>4.ความดันโลหิต :-<br>อายุ $< 40$ ปี BP $> 130/80$<br>อายุ $\geq 40$ ปี BP $> 140/90$<br>5.สูบบุหรี่:-<br>มีการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน/วัน หรือ<br>มีการสูบบุหรี่ 20 Pack year<br>6.ไม่ออกกำลังกาย หรือ<br>ออกกําลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์<br>7.ดื่มแอลกอฮอล์ :-<br>มีการดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์<br>8.การบริโภคอาหาร (หวาน/มัน/เค็ม) | พบ 2 ข้อขึ้นไป (ต้องมี ข้อ 3)<br>พบ 3 ข้อขึ้นไป (กรณีไม่มีข้อ 3) |
| 4   | ภาวะอ้วนลงพุง (Obesity)   | 1.เส้นรอบเอว $\geq 36$ นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย<br>เส้นรอบเอว $\geq 32$ นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |

| เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (1) |                                 |                                         |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| No.                                               | กิจกรรม                         | เกณฑ์ประเมิน                            | คะแนน                           |
| 1                                                 | อายุ                            | < 45 ปี                                 | 0                               |
|                                                   |                                 | 45-49 ปี                                | 1                               |
|                                                   |                                 | 50 ปีขึ้นไป                             | 2                               |
| 2                                                 | เพศ                             | หญิง                                    | 0                               |
|                                                   |                                 | ชาย                                     | 2                               |
| 3                                                 | BMI                             | < 23                                    | 0                               |
|                                                   |                                 | $\geq 23$ - < 27.5                      | 3                               |
|                                                   |                                 | $\geq 27.5$                             | 5                               |
| 4                                                 | เส้นรอบเอว                      | <80 ซม.(หญิง), <90 ซม.(ชาย)             | 0                               |
|                                                   |                                 | $\geq 80$ ซม.(หญิง), $\geq 90$ ซม.(ชาย) | 2                               |
| 5                                                 | ความดันโลหิต                    | < 140/90                                | 0                               |
|                                                   |                                 | $\geq 140/90$                           | 2                               |
| 6                                                 | ประวัติ นิ่ว/มารดา หรือ พี่น้อง | เป็นโรค DM                              | 4                               |
| ผลรวมคะแนน                                        |                                 | ตั้งแต่ 3 = 8<br>≥ 9                    | เสี่ยงน้อย-ปานกลาง<br>เสี่ยงสูง |

อ้างอิง วิชัย เอกพลากรและคณะ. A risk Score for Predicting Incident Diabetes in the Thai Population. Diabetes Care 29 :1872-1877

| เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (2) |                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| NO.                                               | อาการ/ปัจจัยเสี่ยง                |
| 1                                                 | ดื่มน้ำบ่อยและมาก                 |
| 2                                                 | ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป      |
| 3                                                 | กินจุแต่ผอมลง                     |
| 4                                                 | น้ำหนักรีด/อ่อนเพลีย              |
| 5                                                 | เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก      |
| 6                                                 | คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์   |
| 7                                                 | ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย    |
| 8                                                 | ชาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ |
| 9                                                 | คลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กก.    |

#### เกณฑ์การพิจารณา

มีอาการ 2 ข้อ (ในข้อ 1-9) ร่วมกับ a) หรือ b) ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

a) FBS 100-125 mg%

b) Post prandial blood sugar 140-199 mg%