|  |
| --- |
| **รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงาน กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566** |
| **องค์ประกอบที่ 3 : Area Base** |

**ตัวชี้วัดถ่ายทอดระดับหน่วยงาน (สคร.1 - 12)**

**1. ตัวชี้วัดที่ 3.5 :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

**2. หน่วยวัด :** ระดับ

**3. น้ำหนัก :** ร้อยละ 5

**4. คำอธิบายตัวชี้วัด**

**4.1 ความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย** หมายถึง กลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ได้รับการตรวจคัดกรอง และทราบถึงสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เทียบกับเป้าหมายที่กำหนด โดยแนวทางการจัดบริการการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ประเทศไทย กองโรคเอดส์ฯ และเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ตระหนักถึงการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ Covid 19 ทั้งผู้ให้บริการและกลุ่มประชากรเป้าหมายผู้รับบริการไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ได้ปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยการปรับกระบวนการดำเนินงาน การประชุม อบรม เป็นแบบ Virtual ได้พัฒนากระบวนการและการจัดบริการปรึกษาเพื่อการตรวจ คัดกรองกับกลุ่มประชากรเป้าหมายแบบออนไลน์ รวมทั้งในการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในชุมชน จากการสนับสนุนจากกองทุนโลก หน่วยบริการภาคประชาสังคม ได้บูรณาการการคัดกรอง Covid 19 ร่วมกับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ตลอดจนการบูรณการการคัดกรองเอชไอวี และ ซิฟิลิส ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทั้งนี้ ดำเนินการภายใต้ความพร้อมของทั้งหน่วยบริการและผู้รับบริการ

**4.2** **โรคไวรัสตับอักเสบ ซี หมายถึง** โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดซีสามารถติดต่อได้ทางเลือด เพศสัมพันธ์ และการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ จะเริ่มมีอาการเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว อาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย ปัสสาวะสีเข้ม ตัวเหลือง ตาเหลือง ขาบวม ท้องบวม เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถรู้ได้ด้วยการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา จะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด

**4.3 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มประชากรเป้าหมาย** หมายถึง การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยใช้วิธีการตรวจด้วย Rapid Test

**4.4 กลุ่มประชากรเป้าหมาย**  หมายถึง กลุ่มประชากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงานในปี 2566 ได้แก่ 1) ประชาชนที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 หรือ 2) ผู้ที่มีการทำงานของตับผิดปกติ หรือ 3) ผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (เช่น เคยใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว, เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี, เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคน, เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนพ.ศ. 2535, เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนพ.ศ. 2535, เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม,เคยมีคู่สมรสเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี, เคยสักผิวหนัง เจาะหู ฝังเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล, เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน, เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และเคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น)

หมายเหตุ : นับจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) เป็นจำนวน คน/ราย ทั้งคนไทย และไม่ใช่คนไทย (Thai & Non-Thai)

สำหรับพื้นที่ที่ดำเนินการในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ 76 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างน้อยจังหวัดละ 1 หน่วยงาน

**5. สูตรการคำนวณ : ขั้นตอนที่ 5.2**

**ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) = (A/B)X100**

**A หมายถึง** จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (คน/ราย)

ในปีงบประมาณ 2566

**B หมายถึง** จำนวนชุดตรวจที่ได้รับการสนับสนุนในปีงบประมาณ 2566

**6. เกณฑ์การให้คะแนน** : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | |
| **ขั้นตอนที่ 1** | **ขั้นตอนที่ 2** | **ขั้นตอนที่ 3** | **ขั้นตอนที่ 4** | **ขั้นตอนที่ 5** |
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย | 1 | ✓ |  |  |  |  |
| 2 | ✓ | ✓ |  |  |  |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ |  |  |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |  |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

**7. เงื่อนไขของตัวชี้วัด :**  ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่รายงานผลการคัดกรอง เป็นรายงานที่ดึงจากโปรแกรมระบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (Viral Hepatitis B & C Screening)

**8. ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด:**

| **ตัวชี้วัด** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในอดีต พ.ศ.** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2563** | **2564** | **2565** |
| ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี (HCV) | ร้อยละ | 141  (ผลการดำเนินงานคัดกรอง HCV  จำนวน 25,785 ราย ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2563)  ของเป้าหมาย 18,000 ราย  ในเรือนจำเป้าหมายภายใต้โครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข 24 แห่ง | 79  (ผลการดำเนินงานคัดกรอง HCV จำนวน 51,300 ราย ข้อมูล ณ 10 กันยายน 2564)  ของเป้าหมาย 65,165 ในเรือนจำเป้าหมายภายใต้โครงการ ราชทัณฑ์  ปันสุข 44 แห่ง  เป้าหมายที่กำหนด คือ 90% ของ 65,165 ราย  (58,649 ราย) |  |
| ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) | ร้อยละ | ผลการดำเนินงาน  คัดกรอง HCV  ในประชาชนทั่วไป  จำนวน 11,815 ราย  (จากจำนวน 20,000)  คิดเป็นร้อยละ 59.08 | ผลการดำเนินงาน  คัดกรอง HCV  ในประชาชนทั่วไป (สัปดาห์รณรงค์ฯ)  จำนวน 9,557 ราย  ผู้ต้องขัง 51,300  รวม 60,857  จากเป้าหมาย 85,400 ราย  (ในกลุ่มประชาชนทั่วไป 20,000 คน/กลุ่ม PWID 5,400 คน/ผู้ต้องขัง 60,000 คน)  คิดเป็นร้อยละ 71.26 | ผลการดำเนินงานคัดกรอง HCV ในประชาชนทั่วไป โดย อปท.จำนวน 35,161 ราย  เรือนจำ 23,358  รวม 58,519  ข้อมูล ณ 15กันยายน 2565  จากเป้าหมาย 100,000 ราย  คิดเป็นร้อยละ 58.52 |

**ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ปี 2565**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เขตสุขภาพ** | **ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ อปท. 2565 (ไม่รวมผู้ต้องขัง)** | | | |
| **ยอดกระจายชุดตรวจ (Rapid test)** | | **ผลการดำเนินงานคัดกรอง** | |
| **จำนวน** | **ร้อยละที่ได้รับการจัดสรร** | **จำนวน** | **ร้อยละการดำเนินงาน** |
| **เขต 1** | 8,970 | 9.92 | 3,877 | 58.21 |
| **เขต 2** | 3,180 | 3.52 | 2,524 | 79.37 |
| **เขต 3** | 3,810 | 4.21 | 3,396 | 89.13 |
| **เขต 4** | 4,130 | 4.57 | 3,088 | 50.38 |
| **เขต 5** | 4,850 | 5.36 | 1,359 | 28.02 |
| **เขต 6** | 8,210 | 9.08 | 4,150 | 58.12 |
| **เขต 7** | 12,095 | 13.37 | 6,508 | 41.88 |
| **เขต 8** | 10,440 | 11.54 | 3,436 | 32.91 |
| **เขต 9** | 13,100 | 14.48 | 2,623 | 20.01 |
| **เขต 10** | 10,555 | 11.67 | 4,421 | 56.68 |
| **เขต 11** | 7,380 | 8.16 | 3,839 | 52.02 |
| **เขต 12** | 3,730 | 4.12 | 2,201 | 54.75 |
| **รวม** | **90,450** | **100.00** | **41,422** | **45.80** |

แหล่งที่มา : ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2565)

**9. รายละเอียดการดำเนินงาน:**

| **ขั้นตอนที่** | **รายละเอียดการดำเนินงาน** | **คะแนน** | **เอกสารประกอบการประเมิน** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาไวรัสตับอักเสบซี ให้กับ สสจ. และ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ | 1.0 | สรุปรายงานการประชุมหรือหลักฐานการถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ให้กับ สสจ. และ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เสนอผู้บริหารทราบและแนบเอกสารหลักฐานรายงานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566 |
| 2 | 2.1 ประสานการดำเนินงานระหว่าง สสจ. และ อปท. ในการจัดทำทำเนียบ เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและจัดส่งอุปกรณ์ชุดตรวจ น้ำยา และ/หรือยา สำหรับการจัดบริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย | 0.5 | 2.1 เอกสารทำเนียบรายชื่อผู้ประสานงานจากอปท. อย่างน้อย 1 อปท./จังหวัด และ สสจ. หรือ อื่น ๆ (เช่น รพ./รพ.สต.) ที่ร่วมดำเนินงาน ตามแบบฟอร์ม 1 เสนอผู้บริหารทราบและแนบเอกสารหลักฐานรายงานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566 |
|  | 2.2 จัดทำแผนปฏิบัติการการจัดระบบบริการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบ ซี ร่วมกับ สสจ. รพ. อปท. ในพื้นที่เขต ซึ่งประกอบไปด้วย การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ของระบบบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ผ่านมา และกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน | 0.5 | 2.2 แผนปฏิบัติการการจัดระบบบริการตรวจ คัดกรอง ไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่เขต ตามแบบฟอร์มที่ 2 เสนอผู้บริหารอนุมัติและแนบเอกสารหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566 |
| 3 | ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมายระดับเขต  รอบ 6 เดือน | 1.0 | 3.1 รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ของพื้นที่ ปัญหา อุปสรรคที่พบ และแนวทางการแก้ไขตาม แบบฟอร์มที่ 3  3.2 รายงานผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย แบบฟอร์มที่ 4  เสนอผู้บริหารทราบและแนบเอกสารหลักฐานรายงานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566 |
| 4 | ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมายระดับเขต  รอบ 12 เดือน | 1.0 | 4.1 รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ของพื้นที่ ปัญหา อุปสรรคที่พบ และแนวทางการแก้ไขตาม แบบฟอร์มที่ 3 ในระบบ Estimates SM  4.2 รายงานผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย แบบฟอร์ม 4 และรายงานในระบบ Estimates SM เสนอผู้บริหารทราบและแนบเอกสารหลักฐานรายงานในระบบ Estimates ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 |
| 5 | 5.1 สรุปผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย  5.2 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV)  เกณฑ์การให้คะแนน   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **คะแนน** | **0.1** | **0.2** | **0.3** | **0.4** | **0.5** | | ร้อยละ | 50 | 60 | 70 | 80 | ≥90 | | 0.5  0.5 | รายงานสรุปผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เสนอผู้บริหารทราบและพร้อมแนบเอกสารหลักฐานรายงานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566 |

**หมายเหตุ :**

1. กรณีไม่รายงานภายในระยะเวลาที่กำหนดแต่ละขั้นตอน หักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน

2. กรณีไม่เสนอผู้บริหาร หักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน

3. กรณีไม่ระบุรายละเอียดความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานในระบบ ESM หักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน

4. กรณีเอกสารที่แนบในระบบ ESM มีข้อมูลไม่ตรงกันหรือไม่ชัดเจนหักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน

**10. เป้าหมาย :** ไตรมาสที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 3

ไตรมาสที่ 4 ถึงขั้นตอนที่ 5

**11. แหล่งข้อมูล :**

11.1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1-12

11.2 ข้อมูลจากโปรแกรมระบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (Viral Hepatitis B & C Screening)

**12. วิธีการจัดเก็บข้อมูล:**

12.1 รวบรวมรายงานผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมายปี 2566 รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน จากรายงานกองโรคเอดส์ฯ ที่ได้รับจากพื้นที่

12.2 รวบรวมข้อมูลและรายงานตามแบบฟอร์ม SAR ในระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Estimates SM)

**13. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :**

ไตรมาสที่ 2 ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566

ไตรมาสที่ 4 ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566

**14. แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบด้วย :**

14.๑ แบบฟอร์มที่ ๑ ทำเนียบรายชื่อผู้ประสานงานจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

14.2 แบบฟอร์มที่ 2 แผนปฏิบัติการการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

14.3 แบบฟอร์มที่ 3 รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

14.4 แบบฟอร์มที่ 4 แบบรายงานสรุปผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

**15. ผู้กำกับตัวชี้วัด :**

**ระดับกรม :** กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อผู้กำกับตัวชี้วัด** | **โทรศัพท์** | **E-mail** |
| 1. แพทย์หญิงชีวนันท์ เลิศพิริยะสุวัฒน์  ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  2. แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุปโภคากร  หัวหน้าศูนย์อำนวยการบริการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ  3. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ  ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส | 0 2590 3201  0 2590 3208  0 2590 3216 | [cheewanan.l@gmail.com](mailto:cheewanan.l@gmail.com)  [dr.monthinee@gmail.com](mailto:dr.monthinee@gmail.com)  sjiamsiri@outlook.com |

**ระดับหน่วยงาน :** ....................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อผู้กำกับตัวชี้วัด** | **โทรศัพท์** | **E-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**16. ผู้จัดเก็บข้อมูล :**

**ระดับกรม :** ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อผู้จัดเก็บข้อมูล** | **โทรศัพท์** | **E-mail** |
| 1. นางสาวกาญจนา ศรีสวัสดิ์  ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส  2. นางสาวเตือนใจ นุชเทียน  ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส  3. นางสาวรวิสรา วรรณทอง  ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส  4. นางสาวฉัตรสุมน บุญมา  ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส | 0 2590 3216  0 2590 3216  0 2590 3216  0 2590 3216 | sjiamsiri@outlook.com  [hepatitis.bats@gmail.com](mailto:hepatitis.bats@gmail.com)  [hepatitis.bats@gmail.com](mailto:hepatitis.bats@gmail.com)  hepatitis.bats@gmail.com |

**ระดับหน่วยงาน :**............................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อผู้จัดเก็บข้อมูล** | **โทรศัพท์** | **E-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**เป้าหมายชุดตรวจไวรัสตับอักเสบ ซี จำแนกรายเขต ประจำปี 2566**

|  |  |
| --- | --- |
| **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่** | **จำนวนชุดตรวจ (ชุด)** |
| 1 จังหวัดเชียงใหม่ | 17,750 |
| 2 จังหวัดพิษณุโลก | 11,400 |
| 3 จังหวัดนครสวรรค์ | 15,600 |
| 4 จังหวัดสระบุรี | 18,000 |
| 5 จังหวัดราชบุรี | 17,400 |
| 6 จังหวัดชลบุรี | 20,700 |
| 7 จังหวัดขอนแก่น | 15,600 |
| 8 จังหวัดอุดรธานี | 18,600 |
| 9 จังหวัดนครราชสีมา | 22,350 |
| 10 จังหวัดอุบลราชธานี | 15,250 |
| 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช | 14,300 |
| 12 จังหวัดสงขลา | 13,050 |
| **รวม** | **200,000** |

**แบบฟอร์ม ๑**

**ทำเนียบรายชื่อผู้ประสานงานจากหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)**

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่....................................... จำนวน อปท.ที่ร่วมดำเนินงาน...............แห่ง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **สสจ.** | | | | **อปท.** | | | | **อื่น ๆ (เช่น รพ./รพ.สต.)** | | | |
| **ชื่อหน่วยงาน** | **ชื่อผู้ประสานงาน** | **เบอร์ติดต่อ** | **อีเมล์** | **ชื่อหน่วยงาน** | **ชื่อผู้ประสานงาน** | **เบอร์ติดต่อ** | **อีเมล์** | **ชื่อหน่วยงาน** | **ชื่อผู้ประสานงาน** | **เบอร์ติดต่อ** | **อีเมล์** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้รายงานระดับสคร..............................................................................................** | **............................................................................ผู้อำนวยการ** |
| **( )** | **( )** |
| **วันที่................./......................../.............** | **วันที่................./......................../.............** |

**แบบฟอร์ม 2**

**แผนปฏิบัติการการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.......................................**

**สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย (target) การดำเนินงาน รวมทั้งหมด..........................ราย**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายละเอียดกิจกรรม** | **หน่วยงาน/พื้นที่ที่ดำเนินการ (สคร./สสจ./รพ./อปท./อื่น ๆ)** | **ระยะเวลา**  **(ระบุช่วงวัน/เดือน/ปี ที่ดำเนินการ)** | **งบประมาณ**  **(ถ้ามี โปรดระบุ)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*\*หมายเหตุ\*\* แผนการดำเนินงานในภาพรวมของสคร. ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการดำเนินงานของสคร./สสจ./โรงพยาบาล/อปท.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้รายงาน...............................................................................** | **.......................................................................................ผู้อำนวยการ** |
| **( )** | **( )** |
| **วันที่................./......................../.............** | **วันที่................./......................../.............** |

**แบบฟอร์ม 3**

**รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย รอบ.............................เดือน**

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่..........................................................................**

**สรุปผลการดำเนินงาน (อย่างย่อ)**

1. **การสนับสนุนการจัดบริการคัดกรองฯ**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **ปัญหา/อุปสรรค**

**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข**

**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**ผู้รายงาน.......................................................................**

**ตำแหน่ง............................................................**

**ผู้อำนวยการ....................................................................**

**( )**

**วันที่............/......................../.............**

**แบบฟอร์ม 4**

**แบบรายงานสรุปผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

**รอบ.......................เดือน**

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่..........................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **จังหวัด** | **จำนวนชุดตรวจที่ได้รับการสนับสนุน** | **หน่วยงาน/พื้นที่ที่ดำเนินการ (อปท./รพ./อื่น ๆ)** | **ผลการดำเนินงานคัดกรอง HCV** | | | |
| **จำนวน คัดกรอง (ราย)** | **ผลบวก  (ราย)** | **ผลลบ (ราย)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |

**ผู้รายงาน.....................................................................................................................................**

**ตำแหน่ง............................................................เบอร์โทร............................................................**

**อีเมล...............................................................................วันที่............/......................../.............**