**แบบรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข : ร้อยละของจังหวัดต้นแบบ
การดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักการแพทย์หรือสำนักอนามัย กทม.......................................................**

**□ ไตรมาส 1 □ ไตรมาส 2 □ ไตรมาส 3 □ ไตรมาส 4**

**กิจกรรมที่ดำเนินการตาม อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ ดังนี้**

□ 1. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย 1 หน่วยต่อจังหวัด

□ 2. จัดทำสถานการณ์ รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น / เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ
 โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และ โรคจากสิ่งแวดล้อม 2 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

□ 3. สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจาก
การประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based

□ 4. สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. เพื่อเสนอต่อกรมควบคุมโรคทราบ

□ 5. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

□ 6. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม.

**1. เข้าร่วมประชุมการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯจาก สคร.หรือส่วนกลาง** *โปรดแนบหลักฐาน เช่น กำหนดการ หรือรายงานการประชุม หรือข่าว เป็นต้น (สามารถเลือกได้ 1 ข้อ)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**กิจกรรมที่ 1 : จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย 1 หน่วยต่อจังหวัด**

**1. มีการประสาน/ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในพื้นที่เข้ารับการอบรมฯหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการฯ อย่างไร** *โปรดแนบหลักฐานการประสานหรือประชาสัมพันธ์ (สามารถเลือกตอบได้ 1 ข้อ)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**2. มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/กทม.(EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ หรือไม่**

 □ มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ เรียบร้อยแล้ว*หากมีโปรดแนบหลักฐาน : คำสั่งจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ ฉบับปัจจุบัน (แนบเฉพาะคำสั่งที่ยังไม่เคยส่งมาให้ส่วนกลาง)*

□ อยู่ระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัดลงนาม

 □ อยู่ระหว่างจัดทำร่างคำสั่งฯ

 □ อยู่ระหว่างเวียนหนังสือให้ คกก.จังหวัด/กทม. เห็นชอบ

 □ อยู่ระหว่างเตรียมจัดประชุมให้ คกก.จังหวัด/กทม. เห็นชอบ

 □ ยังไม่ดำเนินการและโปรดระบุแผนการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ

**กิจกรรมที่ 2 : จัดทำสถานการณ์ รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น / เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่
โรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจาก ฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญ
ของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และ โรคจากสิ่งแวดล้อม 2 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว
โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่**

 **ความก้าวหน้าในการจัดทำสถานการณ์โรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ 7 โรคหรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่**(โปรดระบุรายชื่อโรคและความก้าวหน้าการจัดทำสถานการณ์จำแนกรายจังหวัดในเขต) *(สามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**กิจกรรมที่ 3 : สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็น โรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based**

 **การแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based DDC** *หมายเหตุ กรณีไม่พบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคตาม พ.ร.บ.ฯ ให้จังหวัดจัดทำหนังสือเสนอผู้บริหารว่า ไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์ฯ (แนบ Zero report ให้สคร./สปคม. ทุกเดือน) (สามารถเลือกตอบได้ 1 ข้อ)*

 □ มีการแจ้ง การรายงาน □ ไม่มีการแจ้ง การรายงาน

**กิจกรรมที่ 4 : สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. เพื่อเสนอต่อกรมควบคุมโรคทราบ***หมายเหตุ 1. กรณีมีการสอบสวนโรคแนบรายงานการสอบสวนโรคผ่านระบบ Event based DDC*

 *2. กรณีไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ให้จังหวัดดำเนินการเตรียมความพร้อมสอบสวนโรค เช่น จัดทำเวรทีมสอบสวนโรค แผนการลงพื้นที่สอบสวนโรค*

 □ มีมีการสอบสวนโรคแนบรายงานการสอบสวนโรคผ่านระบบ Event based DDC

 □ ไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค

 □ ไม่มีเหตุการณ์เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค แต่มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมสอบสวนโรค

 □ จัดทำตารางเวร สำหรับทีมสอบสวนโรค

 □ จัดทำแผนการลงพื้นที่สอบสวนโรค

 □ อื่นๆ โปรดระบุ…………………………………………………………………………………………………

**กิจกรรมที่ 5 : สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง** (มีคำถามทั้งหมด 2 ข้อ)

 1. มีการสร้างกลไก หรือกำหนดรูปแบบการประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ. ฯ *(โปรดแนบหลักฐาน : เอกสารที่แสดงถึงการมีกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสาร พ.ร.บ.หรือมีแนวทาง/แผนงานกระบวนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เอกสารหลักฐานที่แสดงถึงการร่วมดำเนินงานกับเครือข่าย เช่น สรุปรายงานการประชุม ภาพถ่าย การวางแผน/เตรียมการสื่อสาร หรือมีการรวมรวมรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย หรือสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง)*(สามารถเลือกตอบได้ 1 ข้อ)

 มีการสร้างกลไก หรือรูปแบบการประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ. ฯ □ 1. มี □ 2. ไม่มี □ 3. ยังไม่ได้ดำเนินการ □ 4. อยู่ในระหว่างเตรียมการดำเนินงาน

 2. มีการเตรียมการดำเนินงานสื่อสาร หรือมีการสื่อสาร พ.ร.บ. ฯ *(โปรดแนบหลักฐาน : 1. แผนปฏิบัติการระบุกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ วัน ช่วงเวลา 2. หัวข้อ/เรื่องที่ต้องการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 3. ช่องทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ พ.ร.บฯ แก่หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4. แนบภาพถ่าย หรือเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน เช่นภาพถ่ายการประชุมถ่ายทอด การสื่อสาร หรือ การอบรม เป็นต้น (หลักฐานอาจเป็นภาพถ่าย ภาพแคปหน้าจอ เป็นต้น หมายเหตุ การสื่อสารสามารถดำเนินการผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น ไลน์ Group หรือ Facebook Live หรือช่องทางอื่นๆ ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับฟังความรู้เรื่อง พ.ร.บ. ได้ เป็นต้น)*

การดำเนินงานสื่อสาร พ.ร.บ. ฯ □ 1. ดำเนินการสื่อสาร พ.ร.บ. แล้ว □ 2. อยู่ระหว่างเตรียมการดำเนินงาน □ 3. ยังไม่ได้ดำเนินการ □ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ........................................)

**กิจกรรมที่ 6 : ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม ที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. ส่วนที่ไม่มีชื่อ** (มีคำถามทั้งหมด 3 ข้อ)

 1. การขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

□ ขับเคลื่อนมาตรการฯ ผ่านคกก.ENVOCC จังหวัด / กทม.

 □ ขับเคลื่อนมาตรการฯ ผ่านคกก.ที่เกี่ยวข้อง

 □ ขับเคลื่อนมาตรการฯ ผ่านกลไกอื่นๆ

 2 การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันฯ **โรคจากประกอบอาชีพ** ผ่านกลไกต่างๆ หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุโรคจากการประกอบอาชีพในพื้นที่ และแนบหลักฐาน มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันฯ โรคจากประกอบอาชีพ

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

 3 การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันฯ **โรคจากสิ่งแวดล้อม** ผ่านกลไกต่างๆ หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุโรคจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ และแนบหลักฐาน มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันฯ โรคจากสิ่งแวดล้อม

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**9. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**10. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

ชื่อผู้รายงาน……………………………………………………………ตำแหน่ง……………………………………………………………….

วันที่รายงาน.......................เดือน……………………………………..................พ.ศ........................................................

หมายเหตุ : สสจ./สำนักอนามัยหรือสำนักการแพทย์ กทม. ส่งรายงานไปยังสคร./สสจ.

 ไตรมาส 1 ภายในวันที่ 27 ธ.ค 65 / ไตรมาส 2 ภายในวันที่ 20 มี.ค 66

 ไตรมาส 3 ภายในวันที่ 20 มิ.ย. 66 / ไตรมาส 4 ภายในวันที่ 20 ก.ย 66