|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในระดับคลังอำเภอ****การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น**  **(ฝ่ายเภสัชกรรม รพศ. / รพท. และ รพช.)****ปีงบประมาณ 2564** **โรงพยาบาล..........................................อำเภอ...........................................จังหวัด...................................****ผู้รับการประเมิน****1. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................โทรศัพท์.................................****2. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................โทรศัพท์.................................****ผู้ประเมิน****1. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................หน่วยงาน.................................****2. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................หน่วยงาน.................................****วันที่ประเมิน.............................................................****คำชี้แจง**1. สอบถามผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น ในฝ่ายเภสัชกรรมของ รพ. ลงคะแนนในช่องคะแนนที่ได้
2. การคำนวณคะแนนถ่วงน้ำหนัก = คะแนนที่ได้ x น้ำหนักคะแนน
3. เนื้อหาประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การบริหารจัดการทั่วไป ตอนที่ 2 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

|  |  |
| --- | --- |
| **เนื้อหา** | **คะแนน** |
| **ตอนที่ 1 การบริหารจัดการทั่วไป** | **..................../ 6 คะแนน** |
| **ตอนที่ 2 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น** | **................../ 41 คะแนน** |
| **รวม** | **.............../ 47 คะแนน** **(ร้อยละ.................)** |

 |

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 1 การบริหารจัดการทั่วไป** |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนัก****คะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 1. **กำหนดผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีน**

🞏 มีผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร 🞏 มีผู้รับผิดชอบแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร  |  | 2 |  | - **มีผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร = 1**- มีผู้รับผิดชอบแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร = 0.5- ไม่มีผู้รับผิดชอบ = 0*(ดูแบบมอบหมายงาน คำสั่ง* *หรือหลักฐานอื่นประกอบ)* |
| 2. ผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีนผ่านการอบรม หรือ เป็นวิทยากร **เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นอย่างน้อยทุก 2 ปี***(ดูเอกสารประกอบการอบรม**หรือหลักฐานอื่นๆ เช่น หนังสือเชิญประชุม ประกาศนียบัตร เป็นต้น)* |  | 1 |  | - **ผู้รับผิดชอบผ่านการอบรม หรือ เป็นวิทยากร = 1**- ผู้รับผิดชอบไม่ผ่านการอบรม หรือ เป็นวิทยากร = 0 |
| 3. **มีกิจกรรมให้ความรู้**แก่ผู้รับผิดชอบงานในระดับเครือข่าย 1 ครั้ง/ปีเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น |  | 1 |  | - **มีกิจกรรม = 1**- ไม่มีกิจกรรม = 0 |
| 4. **มีแผนนิเทศ**หน่วยบริการเครือข่าย เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี  |  | 1 |  | - **มีแผนนิเทศฯ = 1**- ไม่มีแผนนิเทศฯ = 0 |
| 5. **มีคู่มือ หรือ ตำรา** ดังนี้ |  | 1 |  | - **มีทั้ง 3 รายการ = 1**- **มีรายการ ที่ 5.1 และ 5.2 = 1**- **มีรายการ ที่ 5.3 = 1**- มีไม่ครบถ้วน / ไม่มี = 0*(หนังสือ หรือ อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์**ที่สามารถเปิดได้ภายใน 30 นาที)* |
| 🞏 5.1 มาตรฐานการดำเนินงาน ด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน(ปี 2556) หรือ คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (ปี 2554) |
| 🞏 5.2 ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ปี 2556 หรือ2562) |
| 🞏 5.3 หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสําหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2558-2561 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนัก****คะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| **รวมคะแนน ตอนที่ 1** |  |  | ..................... | **/ 6 คะแนน (ร้อยละ.......................)** |
| **ข้อสังเกตของผู้ประเมิน** (เช่น ระบุการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง/ข้อคำถาม/ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาของผู้ประเมินเป็นต้น) **...................................................................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................** |

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 2 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น** |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| **6. การเบิก-จ่ายวัคซีนของหน่วยงานเครือข่าย** **(*ในกรณีหน่วยบริการเครือข่าย > 5 แห่ง ตรวจสอบจำนวน 5 แห่ง และ บริการเครือข่าย ≤ 5 แห่ง ให้ตรวจสอบทุกแห่ง* )** |
| 6.1 **ใช้ใบเบิก ว.3/1** ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ฉบับล่าสุด (ปี 2563 หรือ 2564) |  | 1 |  | - **ใช้ = 1****-** ใช้ แต่ไม่ใช่ปีล่าสุด /ไม่ใช้ = 0 |
| 6.2 กรอกข้อมูลในใบเบิก ว. 3/1 **ครบถ้วนทุกช่อง**  *(ทุกแห่งที่ตรวจสอบดูย้อนหลัง 3 เดือน)* |  | 1 |  | **- ทุกแห่งที่ตรวจสอบ กรอกครบทุกช่องทั้ง 3 เดือน = 1**- กรอกไม่ครบทุกช่อง หรือ ตรวจสอบได้ไม่ครบ3 เดือน = **0** |
| 6.3 **ความสอดคล้อง**ของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน *(พิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการโดยดูใบเบิกย้อนหลัง 3 เดือน)*  |  | 1 |  | -**ทุกแห่งที่ตรวจสอบสอดคล้องกัน = 1**- ไม่สอดคล้องกัน =0  |
| 6.4 **คำนวณ**จำนวนที่ขอเบิก และอัตราสูญเสียได้**ถูกต้อง**  *(ดูใบเบิกเดือนล่าสุด)* |  | 1 |  | - **ทุกแห่งที่ตรวจสอบ คำนวณถูกต้อง = 1**- คำนวณไม่ถูกต้อง =0 |
| **7. การจัดทำทะเบียนรับ-จ่าย (ตรวจสอบ ย้อนหลัง 3 เดือน)**  |
| 7.1 แยกเป็นรายวัคซีน |  | 1 |  | - **แยกทุกวัคซีน = 1**- ไม่แยก = 0 |
| 7.2 บันทึก **ชื่อหน่วยงาน** ทุกครั้งที่**รับ**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกหน่วย ทุกครั้ง ทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.3 บันทึก **เลขที่วัคซีน** ทุกครั้งที่**รับ**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.4 บันทึก **วันหมดอายุ** ทุกครั้งที่**รับ**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.5 บันทึก **ชื่อหน่วยบริการ** ทุกหน่วยทุกครั้งที่**จ่าย**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกหน่วย ทุกครั้ง ทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.6 บันทึก **เลขที่วัคซีน** ทุกครั้งที่**จ่าย**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.7 บันทึก **วันหมดอายุ** ทุกครั้งที่**จ่าย**วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- ไม่บันทึก/บันทึกบางครั้ง =0 |
| 7.8 จ่ายวัคซีนแบบ **First Expire First Out (FEFO)** |  | 2 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 7.9 วัคซีนที่มีอยู่ในตู้เย็นมี **ยอดคงเหลือเป็นปัจจุบัน** *(จำนวนวัคซีนในตู้เย็นตรงกันกับทะเบียนรับ-จ่าย)* |  | 1 |  | - **ยอดคงเหลือเป็นปัจจุบัน** **ทั้ง 3 ชนิด = 1**- ยอดคงเหลือไม่เป็นปัจจุบัน = 0**(ตรวจสอบ IPV, MMR และ LAJE)** |
| 7.10 ปริมาณวัคซีนในตู้เย็น มี**ไม่เกิน** **ปริมาณการใช้ 2 เดือน** หลังวันให้บริการ *(ดูอัตราการใช้เฉลี่ยย้อนหลัง 3 เดือน)* |  | 1 |  | - **ปริมาณวัคซีนไม่เกิน 2 เดือน**  **ทั้ง 3 ชนิด = 1**- ปริมาณวัคซีนเกิน 2 เดือน = 0 |
| 7.11ไม่มีวัคซีน หรือ ตัวทำละลาย ที่หมดอายุในคลัง |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ =0 |
| **8. วัสดุอุปกรณ์ ระบบลูกโซ่ความเย็นได้มาตรฐานและสำรองไว้เพียงพอ** |
| 8.1 ตู้เย็นใช้เก็บวัคซีน **เท่านั้น**  **(ไม่เก็บรวมกับยาหรือเวชภัณฑ์อื่นๆ)**  |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 8.2 ตู้เย็นเก็บรักษาวัคซีนได้มาตรฐาน **ครบถ้วน** ดังนี้ **(ตรวจสอบทั้ง 3 ข้อย่อย)** |  | 1 |  | **- มีตู้เย็นที่ได้มาตรฐานครบทั้ง 3 รายการ = 1**- มีตู้เย็นได้มาตรฐานไม่ครบ 3 รายการ หรือ ไม่ได้มาตรฐาน = 0 ***ระบุข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 8.2.1 ลักษณะตู้เย็น**- ตู้เย็นชนิด 2 ประตู ฝาประตูทึบแสง** หรือ**- ตู้เย็นชนิดบานใส** ที่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดต่อไปนี้ - **มีเอกสารรับรองจากผู้ผลิต**ว่าเป็น Pharmaceutical refrigerator หรือ - **มีผลการทดสอบ**ว่า เมื่อมีการปรับปรุงตู้เย็นแล้ว ในกรณีที่ไฟฟ้าดับนาน 3 ชั่วโมง ตู้เย็นสามารถรักษาอุณหภูมิได้ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส  **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่**  |
| 8.2.2 อุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส โดยอุณหภูมิตู้เย็นขณะเปิดตู้เย็นครั้งแรกเท่ากับ .....................องศาเซลเซียส **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.2.3 มีขนาดความจุไม่ต่ำกว่า 18 คิว (หรือมีตู้เย็นมากกว่า 1 ตู้ ที่มีความจุรวมกัน ไม่ต่ำกว่า 18 คิว) **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 8.3 กระติก/ กล่องโฟมใบใหญ่ อย่างน้อย 1 ใบ ที่มีคุณสมบัติ**ครบถ้วน** ดังนี้(ตรวจสอบทั้ง 3 ข้อย่อย)  |  | 1 |  | **- มีกระติก/ กล่องโฟมใบใหญ่ และ ได้มาตรฐานครบทั้ง 3 รายการ = 1**- ไม่มีกระติก/ กล่องโฟมใบใหญ่ หรือ มีแต่ไม่ได้มาตรฐานครบ 3 รายการ หรือไม่ได้มาตรฐานเลย = 0***ระบุข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 8.3.1 ความหนาของฉนวน* + กระติกมีความหนาไม่ต่ำกว่า 30 มม.
	+ กล่องโฟมมีความหนาไม่ต่ำกว่า 25 มม.

 **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.3.2 ปริมาตรความจุภายใน ไม่ต่ำกว่า 20 ลิตร **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.3.3 ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาด ฝาปิดล็อกได้สนิท **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.4 กระติกใบเล็ก มีจำนวน**เพียงพอ**🞏 หน่วยบริการลูกข่าย **ไม่เกิน 15**  **แห่ง** มีกระติก**อย่างน้อย 1 ใบ**🞏 หน่วยบริการลูกข่าย**มากกว่า**  **15 แห่ง** กระติก **อย่างน้อย 2 ใบ** |  | 1 |  | - **เพียงพอ = 1**- ไม่เพียงพอ = 0 |
| 8.5 กระติกใบเล็กมีคุณสมบัติ**ครบถ้วน** ดังนี้ **(ตรวจสอบทั้ง 4 ข้อย่อย)** |  | 1 |  | **- มี และได้มาตรฐานครบ ทั้ง 4 รายการ = 1**- ไม่มี หรือ มีแต่ไม่ได้มาตรฐาน ครบทั้ง 4 รายการ = 0***ระบุข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 8.5.1 มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า **30 มม.** **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.5.2 ปริมาตรความจุที่เก็บวัคซีน (Vaccine Storage Capacity) ไม่ต่ำกว่า **1.7 ลิตร** **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.5.3 ไม่มีรอยแตกทั้งด้านใน และด้านนอก สะอาด ฝากระติกปิด ล็อกได้สนิท **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.5.4 สามารถบรรจุซองน้ำแข็งได้พอดีครบ 4 ด้านและสามารถปิดฝาได้สนิท **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.6 Ice pack/ gel pack อยู่ในช่องแช่แข็ง พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 12 อัน |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| **9. การจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นตามมาตรฐาน** |
| 9.1 เก็บวัคซีนแยกเป็นสัดส่วนแต่ละชนิด |  | 1 |  | - **ใช่= 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 9.2 มีป้ายแสดงชื่อของวัคซีนแต่ละชนิด |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 9.3 เก็บวัคซีนมีช่องว่างให้ความเย็นไหลเวียนได้ทั่วถึง |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 9.4 เก็บวัคซีนชนิดผงแห้ง (BCG, MMR, MR, LAJE) ไว้ในกล่องทึบแสง เช่น กล่องวัคซีน/ กล่องกระดาษ/ซองยา สีชาที่ป้องกันแสง |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 9.5 การจัดเรียงวัคซีนในแต่ละชั้น |
|  ช่องแช่แข็งระบุ.................................................... |  | 1 |  | - **เก็บ OPV = 1**- ไม่เก็บ OPV= 0 |
|  ถาดใต้ช่องแช่แข็ง ระบุ..................................................... |  | 1 |  | - **ไม่เก็บวัคซีนในชั้นนี้ = 1**- เก็บวัคซีนในชั้นนี้ = 0 |
| ช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส **(ไม่รวมช่องแช่ผัก)** |
|  ชั้นที่ 1 ระบุ...................................................................................................................... |  | 1 |  | - **เก็บวัคซีนผงแห้ง (MMR, MR, BCG,** **LAJE) และ Rota = 1**- เก็บวัคซีน DTP-HB-Hib, HB, DTP, JE เชื้อตาย, dT ,TT, IPV, HPV และ OPV = 0 |
|  ชั้นที่ 2 ระบุ........................................................... ...................................................................................................................... |  | 1 |  | **- เก็บวัคซีนทุกชนิด ยกเว้น OPV = 1**- เก็บ OPV =0***กรณีชั้นที่ 1 ไม่พอเก็บ (MMR, MR, BCG, LAJE และ Rota) ให้เก็บชั้นที่*** ***2 ได้*** |
|  ชั้นที่ 3 ระบุ................................................................................................................................................................................. |
|  ชั้นที่ 4 ระบุ................................................................................................................................................................................. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| **10. การดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน** |
| 10.1 ช่องแช่แข็ง**ไม่มีน้ำแข็งเกาะ หนาเกิน 5 มม.** |  | 1 |  | - **ไม่มี = 1**- มี = 0 |
| 10.2 ใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด (ปริมาณน้ำไม่ต่ำกว่า 3/4 ของขวด) **หรือ** gel Pack ไว้ให้เต็มในช่องแช่ผักโดยอาจมีที่ฝาประตูตู้เย็นร่วมด้วย เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็น |  | 1 |  | - **ถูกต้อง = 1**- ไม่ถูกต้อง = 0 |
| 10.3 ตั้งตู้เย็นให้มีระยะห่างจาก**ฝาผนัง ทั้ง 3 ด้าน ไม่ต่ำกว่า 6 นิ้ว** |  | 1 |  | - **ถูกต้อง = 1**- ไม่ถูกต้อง = 0 |
| 10.4 ปลั๊กตู้เย็น**มีลักษณะอย่างใด อย่างหนึ่ง** ต่อไปนี้ 🞏 มี Breaker เฉพาะของตู้เย็น  🞏 ตู้เย็นใช้เต้าเสียบชนิดเดี่ยว  (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) พันเทปกาว ปิดทับปลั๊กตู้เย็นให้แน่น  🞏 ตู้เย็นใช้หลายเต้าเสียบ (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) และใช้เทป  กาวปิดทับปลั๊กตู้เย็นวัคซีน  สำหรับช่องเสียบปลั๊กที่เหลือ สามารถใช้กับตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ อื่นได้ |  | 1 |  | - **ใช่ =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.5 **เทอร์โมมิเตอร์ อย่างน้อย 1 อัน** อยู่ในช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส  |  | 1 |  | - **ใช่ =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.6 เทอร์โมมิเตอร์ได้รับการ**สอบเทียบ ปีละ 1 ครั้ง** |  | 1 |  | - **ใช่ (โดยต้องมีหลักฐานแสดง** **การสอบเทียบ)** **= 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.7 **การบันทึกอุณหภูมิ เช้า-เย็น ทุกวัน** ไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือ ในวันหยุดราชการมีระบบแจ้งเตือนตลอดเวลา*(ดูย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน)* |  | 2 |  | - **ใช่ =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 11. **การจัดทำแผนเตรียมความพร้อม**กรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น  |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 12. **การซ้อมแผนฉุกเฉิน**ในระบบลูกโซ่ความเย็น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง *(ดูจากรายงานการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ**(Table Top Exercise) หรือ สอบถามขั้นตอน/แนวทางซ้อมแผน**จากผู้รับผิดชอบ)* |  | 1 |  | - **มีการซ้อมแผน =1**- ไม่มีการซ้อมแผน = 0 |
| 13. **การจัดทำผังควบคุมกำกับ**การปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ติดไว้ในที่มองเห็นชัด |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |
|  |  |  |  |  |
| **รวมคะแนน ตอนที่ 2** |  **/ 41 คะแนน (ร้อยละ......................)** |

|  |
| --- |
| **ข้อสังเกตของผู้ประเมิน (เช่น ระบุการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง/ ข้อคำถาม/ ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาของผู้ประเมินเป็นต้น)****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................** |

**เอกสารแนบ (ประกอบการประเมินคลังวัคซีนอำเภอ)**

**ตารางที่ 1 วัคซีนที่มียอดคงเหลือในทะเบียนรับจ่าย** **/ Stock card และวัคซีนคงเหลือในตู้เย็น (LAJE, MMR และ IPV) สำหรับการประเมินในข้อที่ 7.8 และ ข้อ 7.9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัคซีน** | **Lot/ Exp.****(ล๊อต/วันหมดอายุ)**  | **วัคซีนที่มียอดคงเหลือในสมุด** | **วัคซีนคงเหลือในตู้เย็น** |
| **จำนวน (กล่อง/ขวด)** | **จำนวน (กล่อง/ขวด)** |
| **1. LAJE**  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **รวม LAJE** |  |  |  |
| **2. MMR**  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **รวม MMR** |  |  |  |
| **3. IPV** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **รวม IPV** |  |  |  |

**ตารางที่ 2 การจ่ายวัคซีน (อัตราการใช้โดยเฉลี่ย) (LAJE, MMR และ IPV) สำหรับการประเมินในข้อที่ 7.10**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัคซีน** | **เดือนที่ 1…...** | **เดือนที่ 2…...** | **เดือนที่ 3…...** | **เฉลี่ย 1 เดือน** | **เฉลี่ย 2 เดือน** |
| **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** | **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** | **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** |
| **1. LAJE**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวม LAJE** |  |  |  |  |  |  |
| **2. MMR**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวม MMR** |  |  |  |  |  |  |
| **3. IPV** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวม IPV** |  |  |  |  |  |  |