|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับหน่วยบริการ****(โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU))** **ปีงบประมาณ 2564** **สถานบริการ................................................อำเภอ.........................................จังหวัด..............................****โรงพยาบาลแม่ข่าย ...............................................................................****ผู้รับการประเมิน****1. ชื่อ................................................................ตำแหน่ง............................................โทรศัพท์..................................****2. ชื่อ................................................................ตำแหน่ง............................................โทรศัพท์..................................****ผู้ประเมิน****1. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................หน่วยงาน.................................****2. ชื่อ............................................................ตำแหน่ง............................................หน่วยงาน.................................****วันที่ประเมิน.............................................................****คำชี้แจง**1. สอบถามผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ผู้ให้บริการ และผู้จัดทำทะเบียนรายงาน
2. บันทึกผลการตรวจสอบในช่อง คะแนนที่ได้
3. การคำนวณคะแนนถ่วงน้ำหนัก = คะแนนที่ได้ x น้ำหนักคะแนน
4. เนื้อหาประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นตอนที่ 2 การให้บริการวัคซีนตอนที่ 3 การบริหารจัดการข้อมูล

|  |
| --- |
| **สรุปคะแนนประเมินมาตรฐาน** |
| **เนื้อหา** | **หน่วยบริการ รพ.** | **รพ.สต./PCU/ สอ.** |
| ตอนที่ 1 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น | …….……/ 40 คะแนน | …….……/ 40 คะแนน |
| ตอนที่ 2 การให้บริการวัคซีน | …….……/ 82 คะแนน | …….……/ 82 คะแนน |
| ตอนที่ 3 การบริหารจัดการข้อมูล | …….……/ 21 คะแนน | …….……/ 19 คะแนน |
| **รวมทั้งหมด** | …….……**/143 คะแนน****(ร้อยละ.................)** | …….……**/141 คะแนน****(ร้อยละ.................)** |

 |

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 1 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น** |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 1. **กำหนดผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีน**

🞏 มีผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร 🞏 มีผู้รับผิดชอบ แต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร *(ดูแบบมอบหมายงาน คำสั่ง หรือหลักฐานอื่นประกอบ)* |  | 2 |  | - **มีผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร = 1**- มีผู้รับผิดชอบแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร = 0.5- ไม่มีผู้รับผิดชอบ = 0 |
| 2. ผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีน**ผ่านการอบรม เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี**  *(ดูเอกสารประกอบการอบรม หรือหลักฐานอื่นๆ เช่น หนังสือเชิญประชุม ประกาศนียบัตร เป็นต้น )* |  | 1 |  | - **ผู้รับผิดชอบผ่านการอบรม = 1**- ผู้รับผิดชอบไม่ผ่านการอบรม = 0 |
| 3. **มีคู่มือ หรือ ตำรา** ดังนี้ |  | 1 |  | - **มีทั้ง 3 รายการ = 1**- **มีรายการ ที่ 3.1 และ 3.2 = 1**- **มีรายการ ที่ 3.3 = 1**- มีไม่ครบถ้วน / ไม่มี = 0*(หนังสือ หรือ อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ที่สามารถเปิดได้ภายใน 30 นาที)* |
| 🞏 3.1 มาตรฐานการดำเนินงาน ด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน(ปี 2556)  |
| 🞏 3.2 ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ปี 2556 หรือ 2562) |
| 🞏 3.3 หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสําหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2558*-2561* |
| 4. การจัดทำใบเบิกวัคซีน |
| 4.1 **ใช้ใบเบิก ว.3/1** ที่กรมควบคุมโรคกำหนดฉบับล่าสุด (ปี 2563 หรือ 2564) |  | 1 |  | - **ใช้ = 1****-** ใช้ แต่ไม่ใช่ปีล่าสุด /ไม่ใช้ = 0 |
| 4.2 กรอกข้อมูลในใบเบิก ว. 3/1 **ครบถ้วนทุกช่อง***(ตรวจสอบย้อนหลัง 3 เดือน)* |  | 1 |  | - **กรอกครบทุกช่องทั้ง 3 เดือน = 1**- กรอกไม่ครบทุกช่อง หรือตรวจสอบได้ไม่ครบ 3 เดือน = 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 4.3 **ความสอดคล้อง**ของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน**โดยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการ***(ดูใบเบิกย้อนหลัง 3 เดือน*) |  | 1 |  | - **ใบเบิกสอดคล้องกันทั้ง 3 เดือน = 1**- ไม่สอดคล้องกัน =0  |
|  4.4 **คำนวณ**จำนวนที่ขอเบิกและอัตราสูญเสียได้**ถูกต้อง***(ดูใบเบิกในเดือนล่าสุด)* |  | 1 |  | - **คำนวณถูกต้อง = 1**- คำนวณไม่ถูกต้อง =0 |
| 5. การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายหรือ Stock card ***(ดูย้อนหลัง 3 เดือน ตรวจสอบวัคซีนทุกชนิด )*** |
| 5.1 แยกเป็นรายวัคซีน |  | 1 |  | - **แยกทุกวัคซีน = 1**- ไม่แยก = 0 |
| 5.2 บันทึก **เลขที่วัคซีน** ทุกครั้งที่ **รับ** วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- บันทึกบางครั้ง =0 |
| 5.3 บันทึก **วันหมดอายุ** ทุกครั้งที่ **รับ** วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- บันทึกบางครั้ง =0 |
| 5.4 บันทึก **เลขที่วัคซีน** ทุกครั้งที่ **จ่าย** วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- บันทึกบางครั้ง =0 |
| 5.5 บันทึก **วันหมดอายุ** ทุกครั้งที่ **จ่าย** วัคซีน |  | 1 |  | - **บันทึกทุกครั้งทุกวัคซีน =1**- บันทึกบางครั้ง =0 |
| 5.6 จ่ายวัคซีนแบบ **First Expire First Out (FEFO)** |  | 2 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 5.7 วัคซีนที่มีอยู่ในตู้เย็นมี **ยอดคงเหลือเป็นปัจจุบัน** *(จำนวนวัคซีนในตู้เย็นตรงกันกับทะเบียนรับ-จ่าย)* |  | 1 |  | - **เป็นปัจจุบันทุกชนิด = 1**- ไม่เป็นปัจจุบันบางชนิด/ทุกชนิด = 0 |
| 5.8 ปริมาณวัคซีนในตู้เย็นมีไม่เกิน**ปริมาณการใช้ 1 เดือน**หลังวันให้บริการ*(ดูอัตราการใช้เฉลี่ยย้อนหลัง 3 เดือน**จากทะเบียนรับ-จ่ายหรือ**Stock card)* |  | 2 |  | - **ปริมาณวัคซีนไม่เกิน 1 เดือน ทุกชนิด = 1**- ปริมาณวัคซีนเกิน 1 เดือน = 0 |
| 5.9 ไม่มีวัคซีนชนิดอื่นๆ หรือ ตัวทำละลายที่หมดอายุในคลัง |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ =0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 6. ตู้เย็นมีคุณสมบัติ **ครบถ้วน** ดังนี้**(ตรวจสอบทั้ง 2 ข้อย่อย)** |  | 2 |  | **- ตู้เย็นมีคุณสมบัติครบทั้ง 2 รายการ = 1**- ตู้เย็นมีคุณสมบัติไม่ครบทั้ง 2 รายการ = 0 ***ระบุคุณสมบัติที่ไม่ผ่าน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 6.1 ตู้เย็นที่มีฝาประตูทึบแสงขนาดความจุเหมาะสมได้มาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า 5 คิว) หรือ ในพื้นที่พิเศษมีตู้เย็นใช้พลังงาน 3 ระบบ (ไฟฟ้า, แก๊ส, น้ำมันก๊าด) **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 6.2 อุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส โดยอุณหภูมิตู้เย็นขณะเปิดตู้เย็นครั้งแรกเท่ากับ .....................องศาเซลเซียส **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 7. กระติกวัคซีนมีคุณสมบัติ**ครบถ้วน** ดังนี้ **(ตรวจสอบทั้ง 4 ข้อย่อย)** |  | 1 |  | **- มี และได้มาตรฐานครบทั้ง 4 รายการ = 1**- ไม่มี หรือ มีแต่ไม่ได้มาตรฐานครบทั้ง 4 รายการ = 0***ระบุข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 7.1 มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า**30 มม.** **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 7.2 ปริมาตรความจุที่เก็บวัคซีน (Vaccine Storage Capacity) ไม่ต่ำกว่า**1.7 ลิตร** **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 7.3 ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอกสะอาด ฝากระติกปิดล็อกได้สนิท **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 7.4 สามารถบรรจุซองน้ำแข็งได้พอดีครบ 4 ด้าน **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 8. Ice pack มีคุณสมบัติ **ครบถ้วน** ดังนี้**(ตรวจสอบทั้ง 3 ข้อย่อย)** |  | 1 |  | **- มีและได้มาตรฐานครบทั้ง 3 รายการ = 1**- ไม่มี หรือ มีแต่ไม่ได้มาตรฐานครบทั้ง 3 รายการ = 0***ระบุข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐาน*****..........................................****..........................................** |
| 8.1 มีปริมาณอย่างน้อย 4 อัน **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.2 ขนาดพอดีกับกระติกและสามารถปิดฝาได้สนิท **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 8.3 Ice pack ที่อยู่ในช่องแช่แข็งบรรจุน้ำถึงระดับที่กำหนด **🞏 ใช่ 🞏 ไม่ใช่** |
| 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 หรือ ซองยาสีชาที่ป้องกันแสง |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
|  9.5 การจัดเรียงวัคซีนในแต่ละชั้น |
|  ช่องแช่แข็งระบุ.................................................... |  | 1 |  | **- เก็บ OPV= 1**- ไม่เก็บ OPV= 0 |
| ช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส **(ไม่รวมช่องแช่ผัก)** |
|  ถาดใต้ช่องแช่แข็ง ระบุ.................................................... |  | 1 |  | **- ไม่เก็บวัคซีนในชั้นนี้ = 1**- เก็บวัคซีนในชั้นนี้ = 0 |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
|  ชั้นที่ 1 ระบุ....................................................................................................................... |  | 1 |  | - **เก็บวัคซีนผงแห้ง (MMR, MR, BCG,** **LAJE) และ Rota = 1**- เก็บวัคซีน DTP-HB/ **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 พื้นที่เก็บไม่เพียงพอให้เก็บวัคซีน MMR, MR, BCG, LAJE และ Rota ไว้ที่ชั้นที่ 2 ได้)** |
| ชั้นที่ 3 ระบุ....................................................................................................................... |
| ชั้นที่ 4 ระบุ....................................................................................................................... |
| **10. การดูแลรักษาตู้เย็นเก็บวัคซีน** |
| 10.1 ในช่องแช่แข็ง**ไม่มีน้ำแข็งเกาะ****หนาเกิน 5 มม.** |  | 1 |  | - **ไม่มี = 1**- มี = 0 |
| 10.2 ใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด (ปริมาณน้ำไม่ต่ำกว่า 3 ใน 4 ของขวด)**หรือ** Gel Pack ไว้ให้เต็มในช่องแช่ผักโดยอาจมีที่ฝาประตูตู้เย็นร่วมด้วย เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็น |  | 1 |  | - **ถูกต้อง = 1**- ไม่ถูกต้อง = 0 |
| 10.3 ตั้งตู้เย็นให้มีระยะห่างจากฝาผนัง **ทั้ง 3 ด้านไม่ต่ำกว่า 6 นิ้ว** |  | 1 |  | - **ถูกต้อง = 1**- ไม่ถูกต้อง = 0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 10.4 ปลั๊กตู้เย็นมีลักษณะ**อย่างใด****อย่างหนึ่ง** ต่อไปนี้ 🞏 มี Breaker เฉพาะของตู้เย็น 🞏 ตู้เย็นใช้เต้าเสียบชนิดเดี่ยว(ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) พันเทปกาวปิดทับปลั๊กตู้เย็นให้แน่น 🞏 ตู้เย็นใช้หลายเต้าเสียบ (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) และใช้เทปกาวปิดทับปลั๊กตู้เย็นวัคซีน สำหรับช่องเสียบปลั๊กที่เหลือสามารถใช้กับตู้ยา วัคซีน เวชภัณฑ์อื่นได้ |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.5 **เทอร์โมมิเตอร์ อย่างน้อย 1 อัน** อยู่ในช่อง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส |  | 1 |  | **- ใช่ =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.6 เทอร์โมมิเตอร์ได้รับ**การสอบเทียบ /****เทียบเคียง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง** |  | 1 |  | - **ใช่ (โดยต้องมีหลักฐานแสดงการสอบเทียบ/เทียบเคียง) =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 10.7 **การบันทึกอุณหภูมิ เช้า-เย็น ทุกวัน** ไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือ ในวันหยุดราชการมีระบบแจ้งเตือนตลอดเวลา*(ดูย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน)* |  | 2 |  | **- ใช่ =1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 11.  **การจัดทำผังควบคุมกำกับ**การปฏิบัติงาน กรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็นติดไว้ในที่มองเห็นชัด |  | 1 |  | **- มี = 1**- ไม่มี = 0 |
| **รวมคะแนน ตอนที่ 1** |  |  | **/ 40 คะแนน (ร้อยละ.......................)** |
| **ข้อสังเกตของผู้ประเมิน**(เช่น ระบุการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง/ข้อคำถาม/ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาของผู้ประเมินเป็นต้น) **...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................****...................................................................................................................................................................................................** |

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 2 การให้บริการวัคซีน**  |
| **ก. ข้อความรู้ในการให้วัคซีน** |
| 1. ท่านมีวิธีการให้บริการวัคซีนเหล่านี้อย่างไร (ใน รพ. สอบถามหน่วยที่ให้บริการวัคซีน) |
| **ชนิดวัคซีน** | **อายุที่รับวัคซีน****(1 คะแนน)** | **หลังเปิดขวด/ ผสมแล้วให้ใช้ภายในเวลากี่ชั่วโมง****(ตามมาตรฐาน) (1 คะแนน)** | **วิธีการให้วัคซีน****(1 คะแนน)** | **ขนาด****วัคซีนต่อโด๊ส****(1 คะแนน)** | **คะแนนรวม** |
| **เด็กก่อนวัยเรียน** |
| (1) BCG |  |  |  |  |  |
| (2) HB |  |  |  |  |  |
| (3) DTP-HB-Hib |  |  |  |  |  |
| (4) OPV |  |  |  |  |  |
| (5) IPV |  |  |  |  |  |
| (6) MMR  |  |  |  |  |  |
| (7) DTP |  |  |  |  |  |
| (8) LAJE  |  |  |  |  |  |
| (9) Rota |  |  |  |  |  |
| **เด็กวัยเรียน** |
| (10) HPV (นร.หญิง ป.5) |  |  |  |  |  |
| (11) dT (ป.6) |  |  |  |  |  |
| **กลุ่มผู้ใหญ่** |
| (12) dT (หญิงตั้งครรภ์) |  |  |  |  |  |
| (13) Flu (หญิงตั้งครรภ์) |  |  |  |  |  |
| (14) dT (ผู้ใหญ่) |  |  |  |  |  |
| (15) MR (นักศึกษา) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***(คำถามชุดที่ 1)***2. เมื่อเดือนธันวาคม 2563 **นางอลิน** อายุ 32 ปี มาฝากครรภ์ท้องลูกคนที่ 3 ที่โรงพยาบาล โดยให้ประวัติว่าเคยได้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) เมื่อตอนตั้งท้องลูกคนแรกในปี 2553 จำนวน 2 ครั้ง และไม่ทราบประวัติการรับวัคซีนนี้ในช่วงวัยเด็ก จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า เคยได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ในช่วงรณรงค์ปี 2558 จำนวน 1 ครั้ง และตอนตั้งท้องลูกคนที่ 2 ไม่ได้รับวัคซีนนี้ ท่านจะให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) หรือไม่ อย่างไร **(1 คะแนน)**

|  |  |
| --- | --- |
| **การให้วัคซีน dT และจำนวนครั้ง** | **ข้อแนะนำ/ ระยะห่างการให้วัคซีน** |
|   🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง 🞏 ไม่ให้ | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. **ด.ช.สายฟ้า** อายุ 4 ปี มีประวัติวัคซีนที่ได้รับตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่ **BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, IPV1, MMR1** โดยในครั้งนี้ ท่านจะให้วัคซีนชนิดไหนบ้าง และจะนัดให้วัคซีนในครั้งต่อไปให้ครบถ้วน อย่างไร (ให้วัคซีนชนิดใดบ้าง โดยระบุรายละเอียด จำนวนครั้ง) **(1 คะแนน)****คำตอบ** ให้วัคซีนได้แก่ วัคซีน..............................จำนวน............ครั้ง วัคซีน...........................จำนวน............ครั้ง วัคซีน..............................จำนวน............ครั้ง วัคซีน...........................จำนวน............ครั้ง วัคซีน..............................จำนวน............ครั้ง วัคซีน...........................จำนวน............ครั้งโดยมีรายละเอียดของวัคซีนที่ให้ในครั้งนี้ และวัคซีนที่นัดครั้งต่อไป ดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ครั้งที่ /อายุ** | **ชนิดวัคซีน/ จำนวนครั้ง** | **ข้อแนะนำ/ ระยะห่างการให้วัคซีน** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

หมายเหตุ : ต้องมีระยะห่างของวัคซีนแต่ละครั้งที่เหมาะสม |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. ในการให้บริการวัคซีนแก่**เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1** **ด.ช.พายุ** **มีประวัติได้รับวัคซีน ได้แก่ BCG, HB, DTP-HB 3 ครั้ง, IPV 1 ครั้ง, MMR 1 ครั้ง, วัคซีน DTP4 และ OPV4** ซึ่งหลังจากนั้นไม่ได้ไปรับวัคซีนอีกเลย ท่านจะให้วัคซีนอะไรบ้าง **(โดยระบุรายละเอียดตามชนิดวัคซีน จำนวนครั้ง ระยะห่าง) (7 คะแนน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชนิดวัคซีน** | **การให้และจำนวนครั้ง** | **ข้อแนะนำ/ ระยะห่างของการให้วัคซีน** |
|  4.1 วัคซีน MMR **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.2 วัคซีน dT **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.3 วัคซีน OPV **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.4 วัคซีน IPV **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.5 วัคซีน LAJE **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.6 วัคซีน HB **(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |
| 4.7 วัคซีน BCG**(1 คะแนน)** | 🞏 ให้ระบุ จำนวนครั้ง ......................ครั้ง🞏 ไม่ให้ | ให้เมื่อ ...................................................................................................................................... |

 |

 |

|  |
| --- |
| **ข. กระบวนการให้บริการในสถานบริการ** |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 5. การตรวจสอบผู้รับวัคซีนในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน แต่ละรายว่าได้รับวัคซีนร่วมขวด/ร่วม Lot no.**(ให้เลือกได้ 1 ข้อ)**🞏 ตรวจสอบได้ทั้งร่วม Lot no. และร่วมขวด ทุกวัคซีน🞏 ตรวจสอบได้เฉพาะร่วม Lot no.ทุกวัคซีน🞏 ตรวจสอบไม่ได้ / กรณีอื่นๆ ระบุ...................................... |  | 2 |  | - **ตรวจสอบได้ทั้งร่วม Lot no.** **และร่วมขวด ทุกวัคซีน = 1**- กรณีอื่นๆ = 0 |
| 6. ผู้ฉีดวัคซีน**ได้รับการอบรมวิธีการกู้ชีพ**เบื้องต้นไม่เกิน 2 ปี *(ดูหลักฐานประกอบ)* |  | 2 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 7. มีอุปกรณ์การกู้ชีพเบื้องต้นกรณีฉุกเฉิน **ครบถ้วนพร้อมใช้งานได้ทันที**🞏 (1) Ambu bag สำหรับเด็กและผู้ใหญ่🞏 (2) Oxygen face mask สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่🞏 (3) Set IV fluid 🞏 (4) Normal saline หรือ Ringer’s lactate🞏 (5) Adrenaline (ก่อนฉีดทุกครั้งต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ก่อน)🞏 (6) Endotracheal tube(ท่อช่วยหายใจ) สำหรับเด็กและผู้ใหญ่อย่างน้อยควรมีเบอร์ 3.5 และเบอร์ 4 ไว้สำหรับเด็ก🞏 (7) Laryngoscope สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ |  | 1 |  | **- สำหรับ หน่วยบริการ ใน รพ. มีครบทุกรายการ หรือ รพ.สต. มีในรายการที่ 1-5 ขึ้นไป = 1**- ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่พร้อมใช้งาน หรือ ไม่มี = 0  **ระบุ.......................................****................................................****................................................****................................................** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 8. **มีแผนและผังช่วยเหลือเบื้องต้น**แก่ผู้รับวัคซีนกรณีเกิด anaphylaxis หรือมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โดยติดให้เห็นอย่างชัดเจนไว้ในห้องให้บริการวัคซีน |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |
| 9. **มีแผน/ผังกำกับการส่งผู้ป่วย**ไปรับการรักษาต่อ และมีพาหนะมารับผู้ป่วยได้**ภายใน 15 นาที หลังเริ่มมีอาการ****รวมทั้งมีการช่วยเหลือปฐมพยาบาล****เบื้องต้น** |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |
| 10. มีการจัดระบบบริการแยกระหว่าง ผู้ได้รับวัคซีนกับผู้รอรับวัคซีนอย่างชัดเจน |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |
| 11. มีการสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 30 นาที |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| **ค. กระบวนการให้บริการนอกสถานบริการ** เช่น ที่ โรงเรียน หรือ ในชุมชน |
| 12. มีการเตรียมอุปกรณ์การกู้ชีพเบื้องต้นกรณีฉุกเฉิน ครบถ้วนพร้อมใช้งานได้ทันที  |  | 1 |  | - **ครบ = 1**- ไม่ครบ = 0ระบุรายการไม่ครบ............................................ |
| 13. มีการจัดระบบบริการแยกระหว่าง ผู้ได้รับวัคซีนกับผู้รอรับวัคซีนอย่างชัดเจน |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 14. มีการสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 30 นาที |  | 1 |  | - **ใช่ = 1**- ไม่ใช่ = 0 |
| 15. มีแผนในการประสานส่งผู้ป่วยไปรับการ รักษาต่อ และมีพาหนะมารับผู้ป่วยได้ภายใน 15 นาที หลังเริ่มมีอาการรวมทั้งมีการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0 |
| **รวมคะแนน ตอนที่ 2** |  | **(ก+ข+ค)** | ..................... **/ 82 คะแนน (ร้อยละ.................)** |
| **ข้อสังเกตของผู้ประเมิน** (เช่น ระบุการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง/ข้อคำถาม/ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาของผู้ประเมินเป็นต้น) ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 3 การบริหารจัดการข้อมูล**  |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 1. การบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนเป็นรายบุคคล **ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามมาตรฐานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) กระทรวงสาธารณสุข** ดังต่อไปนี้ |  |  |  | - **บันทึก = 1**- ไม่บันทึก = 0**\*** ตรวจสอบเฉพาะสถานบริการที่ทำคลอด และไม่คิดคะแนนสำหรับสถานบริการที่ไม่มีการคลอด\*\* ตรวจสอบเฉพาะสถานบริการ ที่ให้ dT และ Flu ในหญิงตั้งครรภ์\*\*\* ตรวจสอบเฉพาะสถานบริการ ที่ให้MR ในนักศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข |
| 🞄 BCG ในเด็กแรกเกิด**\*** |  | 1 |  |
| 🞄 HB ในเด็กแรกเกิด**\*** |  | 1 |  |
| 🞄 DTP-HB, DTP-HB-Hib, Rota, OPV, IPV, MMR,DTP และ LAJE ในเด็กก่อนวัยเรียน |  | 1 |  |
| 🞄 MMR, dT, OPV, BCG, IPV, HB, LAJE ในเด็ก ป. 1 |  | 1 |  |
| 🞄 HPV ในเด็กนักเรียนหญิง ป.5 |  | 1 |  |
| 🞄 dT ในเด็กนักเรียน ป. 6 |  | 1 |  |
| 🞄 dT, Flu ในหญิงตั้งครรภ์\*\* |  | 1 |  |
| 🞄 dT ในคลินิกผู้ใหญ่ |  | 1 |  |
| 🞄 MR นักศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข\*\*\* |  | 1 |  |
| 2. การบันทึกชนิดของวัคซีนที่ให้ตาม**รหัส****วัคซีน** (ตัวเลข 3 หลัก) ที่**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) กระทรวงสาธารณสุข**กำหนด ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ดังนี้ |  | 2 |  | - **ถูกต้อง ทั้ง 2 รายการ = 1**- ไม่ถูกต้องเพียง 1 รายการ = 0.5- ไม่ถูกต้องทั้ง 2 รายการ = 0(ระบุชื่อวัคซีนที่ไม่ถูกต้อง.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................) |
| 2.1 รหัสวัคซีนในโปรแกรมที่บันทึกตามมาตรฐานของ กยผ. (โปรแกรม HOSxP, HOSxP PCU ตรวจสอบ ทั้ง person\_vaccine กับรหัสวัคซีนกลุ่มย่อย 4 กลุ่มด้วย) |
| 2.2 รหัสวัคซีนที่ส่งออก 18/21/43 แฟ้ม โปรแกรมที่บันทึกคือ …………………..............  (โปรแกรม HOSxP , HOSxP PCUและ JHCIS ตรวจสอบ) |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 1. มีการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องในการบันทึกข้อมูล (key in) การให้บริการวัคซีน

*(ในโรงพยาบาลสอบถามที่คลินิก**วัคซีนเด็กก่อนวัยเรียน)* |  | 1 |  | - **ตรวจสอบ = 1**- ไม่ตรวจสอบ = 0 |
| 1. การ print out ทะเบียนการให้

วัคซีนในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน |  | 1 |  | - **มี print out รายงานและเก็บไว้เป็นหลักฐานในรูปเอกสาร = 1**- ไม่สามารถ print out รายงานได้= 0 |
| 1. การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการวัคซีนผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามมาตรฐานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (43 แฟ้ม) **ทุกเดือนก่อนส่งออกข้อมูล**
 |  | 1 |  | - **ตรวจสอบทุกเดือน = 1**- ไม่ตรวจสอบ /ตรวจสอบบางเดือน = 0 |
| 6. การบันทึกข้อมูลผู้รับวัคซีนเป็นรายบุคคล **ผ่านฐานข้อมูล****อิเล็กทรอนิกส์ตามมาตรฐาน****ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.)** ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง *(สุ่มกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุต่ำกว่า**5 ปีทั้งในพื้นที่รับผิดชอบ* ***(สุ่ม 3******ราย)*** *และนอกพื้นที่รับผิดชอบ****(สุ่ม 2 ราย)*** *จากแหล่งข้อมูลที่**นำมา key in* ***จำนวน 5 ราย*** *แล้ว**ตรวจสอบ การได้รับวัคซีนครั้ง**ล่าสุดของเด็กแต่ละรายว่าได้**บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์อย่าง**ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่)* |  | 2 |  | - **ครบถ้วนถูกต้องทุกราย = 1**- ไม่ครบถ้วน / ไม่ถูกต้อง = 0 |
| 7. การติดตามเด็กในพื้นที่ที่พลาดนัดรับวัคซีน |  | 1 |  | - **มีการติดตาม= 1**- ไม่การติดตาม = 0***ระบุการติดตาม*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนน****ที่ได้** | **น้ำหนักคะแนน** | **คะแนน****ถ่วงน้ำหนัก** | **เกณฑ์ให้คะแนน** |
| 8. การติดตามประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่ ที่ได้รับวัคซีนรับจากที่อื่นมาบันทึกในโปรแกรม |  | 1 |  | - **มีการติดตามประวัติจากที่อื่น = 1**- ไม่การติดตาม = 0***ระบุการติดตาม*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 9. มีระบบการประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นรายบุคคลว่าได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ (Fully Immunization) |  | 1 |  | - **มี = 1**- ไม่มี = 0***ระบุการดำเนิน*****..........................................****..........................................****..........................................****..........................................** |
| 10. การจัดทำทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน *(****ให้เจ้าหน้าที่เลือกทะเบียน******ติดตามที่จัดทำสมบูรณ์ที่สุด****แล้วสุ่มเด็กที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ**จากทะเบียนดังกล่าวจำแนกเป็น**เด็กอายุครบ 1-2 ปี 2-3 ปี 3-4 ปี**และ 5-6 ปี กลุ่มละ 3 คน**รวม 12 คน แล้วตรวจสอบเด็ก**แต่ละคนว่า ได้รับวัคซีนครบถ้วน**ตามเกณฑ์กำหนดหรือไม่)* |  | 2 |  | * **มีบันทึกครบถ้วนตามเกณฑ์ จำนวน 10-12 ราย = 1**
* มีบันทึกครบถ้วนตามเกณฑ์น้อยกว่า 10 ราย = 0

***1. กลุ่มอายุครบ 1-2 ปี*** *นับจากวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน ตรวจสอบเด็กที่เกิดวันที่...........เดือน................พ.ศ..............ถึงวันที่...........เดือน................พ.ศ..........****2. กลุ่มอายุครบ 2-3 ปี*** *นับจากวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน ตรวจสอบเด็กที่เกิดวันที่...........เดือน................พ.ศ..............ถึงวันที่...........เดือน................พ.ศ.............****3. กลุ่มอายุครบ 3-4 ปี*** *นับจากวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน ตรวจสอบเด็กที่เกิดวันที่...........เดือน................พ.ศ..............ถึงวันที่...........เดือน................พ.ศ.............****4. กลุ่มอายุครบ 5-6 ปี*** *นับจากวัน/เดือน/ปีที่ประเมิน ตรวจสอบเด็กที่เกิดวันที่...........เดือน................พ.ศ..............ถึงวันที่...........เดือน................พ.ศ............* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวอย่าง ลงประเมิน วันที่ 1 ม.ค. 2564**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | **เด็กที่เกิดในช่วง** | **วัคซีนที่ประเมินความครอบคลุม** |
| 1. กลุ่มอายุ 1-2 ปี | วันที่ 1 ม.ค.63 – วันที่ 2 ม.ค. 62 | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB/DTP-HB-Hib3, OPV3, IPV และ MMR1 |
| 2. กลุ่มอายุ 2-3 ปี | วันที่ 1 ม.ค.62 – วันที่ 2 ม.ค. 61 | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, IPV, OPV3, MMR1, JE1-2 หรือ LAJE1, DTP4 และ OPV4  |
| 3. กลุ่มอายุ 3-4 ปี | วันที่ 1 ม.ค.61 – วันที่ 2 ม.ค. 60 | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, IPV, OPV3, MMR1, JE1-3 หรือ LAJE1-2, DTP4, OPV4 และ MMR2 |
| 4. กลุ่มอายุ 5-6 ปี | วันที่ 1 ม.ค.59 – วันที่ 2 ม.ค. 58 | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE1-3 หรือ LAJE1-2, DTP4, OPV4, MMR2/MR, DTP5 และ OPV5 |

 **สูตร** ตรงวันที่ประเมินและนับปีย้อนหลัง**สูตร** บวกเพิ่ม 1 วันของวันที่ประเมิน และนับปีย้อนหลัง **ประเมิน วันที่ ………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | **เด็กที่เกิดในช่วง** | **วัคซีนที่ประเมินความครอบคลุม** | **ประเมิน** | **ครบถ้วน** |
| 1. อายุ 1-2 ปี |  | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB/DTP-HB-Hib3, OPV3, IPV และ MMR1 | 3 ราย | ..........ราย |
| 2. อายุ 2-3 ปี |  | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, IPV, OPV3, MMR1, JE1-2 หรือ LAJE1, DTP4 และ OPV4 | 3 ราย | ..........ราย |
| 3. อายุ 3-4 ปี |  | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, IPV, OPV3, MMR1, JE1-3 หรือ LAJE1-2, DTP4, OPV4 และ MMR2 | 3 ราย | ..........ราย |
| 4. อายุ 5-6 ปี |  | วัคซีน BCG, HB, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE1-3 หรือ LAJE1-2, DTP4, OPV4, MMR2/MR, DTP5 และ OPV5 | 3 ราย | ..........ราย |
| **จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายที่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์** | **..........ราย** |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รวมคะแนน ตอนที่ 3** | 🞏 หน่วยบริการ รพ. ..................... | **/ 21 คะแนน (ร้อยละ.......................)** |
| 🞏 รพ.สต./PCU ..................... | **/ 19 คะแนน (ร้อยละ.......................)** |
| **ข้อสังเกตของผู้ประเมิน** (เช่น ระบุการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง/ข้อคำถาม/ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาของผู้ประเมินเป็นต้น) ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**เอกสารแนบ (ประกอบการประเมินหน่วยบริการ)**

**ตารางที่ 1 วัคซีนที่มียอดคงเหลือในทะเบียนรับจ่าย/Stock card และวัคซีนคงเหลือในตู้เย็นสำหรับการประเมินในข้อที่ 5.7**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัคซีน** | **Lot/ Exp.****(ล๊อต/วันหมดอายุ)** | **วัคซีนที่มียอดคงเหลือในทะเบียนรับจ่าย** | **วัคซีนคงเหลือในตู้เย็น** |
| **จำนวน (กล่อง/ขวด)** | **จำนวน (กล่อง/ขวด)** |
| **1. BCG** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2. HB** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3. DTP-HB-Hib** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4. Rota** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **5. DTP** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **6. OPV** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **7. IPV** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **8. MMR**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **9. LAJE** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **10. dT หญิงมีครรภ์** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **11. Flu หญิงมีครรภ์** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **12. dT ผู้ใหญ่** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **13. MMR (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **14. dT (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15. OPV (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **16. BCG (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **17. LAJE (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **18. HB (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19. IPV (ป.1)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **20. HPV (ป.5)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **21. dT (ป.6)**  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **ตารางที่ 2 การจ่ายวัคซีน (อัตราการใช้โดยเฉลี่ย) สำหรับการประเมินในข้อที่ 5.8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัคซีน** | **เดือนที่ 1…..................** | **เดือนที่ 2….......................** | **เดือนที่ 3…......................** | **เฉลี่ย 1 เดือน** |
| **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** | **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** | **Lot/Exp** | **จำนวน** **(กล่อง/ขวด)** |
| **1. BCG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. HB** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. DTP-HB-Hib** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Rota** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. DTP** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. OPV** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7. IPV** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8. MMR** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9. LAJE** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10. dT หญิงมีครรภ์** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11. Flu หญิงมีครรภ์** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12. dT ผู้ใหญ่** |  |  |  |  |  |  |  |

**ตารางที่ 3 การตรวจสอบรหัสวัคซีน**

|  |  |
| --- | --- |
| **โปรแกรม**  | **การตรวจสอบรหัสวัคซีน** |
| โปรแกรม HOSxP, HOSxP PCU  | **2.1 รหัสวัคซีนในโปรแกรมที่บันทึกตามมาตรฐานของ กยผ.** ตรวจสอบรหัสใน person\_vaccine ควบคู่กับ รหัสวัคซีนในกลุ่มย่อย (WBC\_vaccine, epi\_vaccine, student\_vaccine และ ANC\_service) **ซึ่งต้องครบถ้วนถูกต้องทั้งกลุ่มใหญ่ คือ ใน**  **person\_vaccine** (วัคซีนทั้งหมด) และ รหัสวัคซีนที่จำแนกในกลุ่มย่อยที่ให้บริการ (4 กลุ่มย่อย ได้แก่ **กลุ่มที่ 1 WBC\_vaccine** **กลุ่มที่ 2 epi\_vaccine กลุ่มที่ 3 student\_vaccine และ** **กลุ่มที่ 4 ANC\_service**) **2.2 รหัสวัคซีนที่ส่งออก 18/21/43 แฟ้ม** ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของรหัสวัคซีนส่งออกทุกตัวclick ปุ่มกำหนดรหัสพื้นฐาน (ด้านล่าง)ส่งออก 18/21 แฟ้มเมนู Toolclick แถบวัคซีน (ด้านซ้าย) |
| โปรแกรม JHCIS  | **2.1 รหัสวัคซีนในโปรแกรมที่บันทึกตามมาตรฐานของ กยผ.** ตรวจสอบจาก**รหัสยาและเวชภัณฑ์**มาตรฐาน J**2.2 รหัสวัคซีนที่ส่งออก 18/21/43 แฟ้ม** ตรวจสอบจาก ปุ่ม  |