

แบบประเมิน  
การให้บริการวัคซีนโปลิโอ  
สูตร **2 IPV + 3 OPV**



## แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV

\*\*\*\*\*

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินการนำร่องให้วัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV) จำนวน 2 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 2 เดือน และ 4 เดือน และให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) จำนวน 3 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน 1 ปี 6 เดือน และ 4 ปี (สูตร 2 IPV + 3 OPV) ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นมา ทั้งนี้ เพื่อติดตามการดำเนินการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ของหน่วยบริการในพื้นที่ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ทั้งด้านการให้บริการวัคซีนและการบริหารจัดการของหน่วยบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการฉีดวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ตลอดจนการยอมรับการฉีดวัคซีนโปลิโอของผู้ปกครอง จึงควรมีการประเมินการดำเนินงานและการบริหารจัดการของหน่วยบริการในการฉีดวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว มาประกอบการพิจารณาขยายของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่อไป

### วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อประเมินการดำเนินงานและการบริหารจัดการของหน่วยบริการในการฉีดวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV
- 2) เพื่อการประเมินการยอมรับการฉีดวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ของผู้ปกครอง

### กลุ่มเป้าหมายของการประเมิน

- 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU)/ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสาธารณสุข
- 2) ผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับบริการฉีดวัคซีน

### พื้นที่ดำเนินการประเมิน

- 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

### ระยะดำเนินการประเมิน

- ภายในเดือนมกราคม 2567

### บทบาทหน้าที่และการดำเนินงาน

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรค / สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

- ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ/สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง พร้อมแจ้งโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้รับทราบและดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ตามแบบฟอร์มที่กรมควบคุมโรคกำหนด ภายในวันศุกร์ที่ 19 มกราคม 2567

## สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1) ขอให้สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เลือกเขตพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV โดยคำนวณจำนวนเขตพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการตอบแบบประเมิน อย่างน้อยร้อยละ 30 ยกตัวอย่างเช่น กรุงเทพมหานคร มี 50 เขต จำนวนเขตพื้นที่ที่ต้องดำเนินการ อย่างน้อย 15 เขต

2) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แจ้งศูนย์บริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ที่เลือก (15 เขต) ดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ตามแบบฟอร์มที่กรมควบคุมโรคกำหนด ภายในวันศุกร์ที่ 19 มกราคม 2567

หมายเหตุ : สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สามารถเลือกเขตพื้นที่ได้ตามความเหมาะสมตามที่เห็นสมควร

## ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุข (พื้นที่กรุงเทพมหานคร)

1) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ตาม แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับหน่วยบริการ โดยผู้ประเมิน (ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) กรอกข้อมูลตามความเป็นจริง รายละเอียดตามแบบประเมินฯ สำหรับหน่วยบริการ (แบบฟอร์มที่ 1)

2) ขอให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมารับวัคซีนโปลิโอ ตาม แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับผู้ปกครอง จำนวนอย่างน้อย 10 ท่าน/หน่วยบริการ (แบบฟอร์มที่ 2)

3) ขอให้รายงานผลการประเมินฯ ผ่านทางเว็บไซต์ Google form เท่านั้น รายละเอียดช่องทางการประเมินตามเนื้อหาหน้า 4 ทั้งนี้ ขอให้รายงานผลการประเมินดังกล่าว ภายในวันที่ 19 มกราคม 2567

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) ขอให้สำนักสาธารณสุขจังหวัด เลือกพื้นที่อำเภอ ที่ต้องดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV โดยคำนวณจำนวนอำเภอ ที่ต้องดำเนินการตอบแบบประเมินฯ อย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอ ในจังหวัดของท่าน ยกตัวอย่างเช่น จังหวัด ก มี 9 อำเภอ ร้อยละ 30 ของอำเภอในจังหวัด ก เท่ากับ 3 อำเภอ

2) ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอที่ถูกเลือก ดังกล่าว ดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV อย่างน้อยอำเภอละ 5 หน่วยบริการ โดยดำเนินการประเมินฯ ตามแบบฟอร์มที่กรมควบคุมโรคกำหนด ภายในวันศุกร์ที่ 19 มกราคม 2567

3) กรณีที่อำเภอที่ถูกเลือกมีหน่วยบริการทั้งหมดในอำเภอ (โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่) น้อยกว่า 5 หน่วยบริการ ขอให้รายงานตามจำนวนที่มีในพื้นที่อำเภอนั้น ๆ

หมายเหตุ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเลือกอำเภอได้ตามความเหมาะสมตามที่จังหวัดเห็นสมควร

โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือสถานบริการสาธารณสุข

1) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดำเนินการประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ตาม แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับหน่วยบริการ โดยผู้ประเมิน (ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) กรอกข้อมูลตามความเป็นจริง *รายละเอียดตามแบบประเมินฯ สำหรับหน่วยบริการ (แบบฟอร์มที่ 1)*

2) ขอให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมารับวัคซีนโปลิโอ ตาม แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับผู้ปกครอง จำนวนอย่างน้อย 10 ท่าน/หน่วยบริการ *รายละเอียดตามแบบประเมินฯ สำหรับผู้ปกครอง (แบบฟอร์มที่ 2)*

3) ขอให้รายงานผลการประเมินฯ ผ่านทางเว็บไซต์ Google form เท่านั้น *รายละเอียดช่องทางการประเมินตามเนื้อหาหน้าที่ 4* ทั้งนี้ ขอให้รายงานผลการประเมินดังกล่าว ภายในวันที่ 19 มกราคม 2567

## แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV แบ่งออกเป็น 2 แบบประเมิน ได้แก่

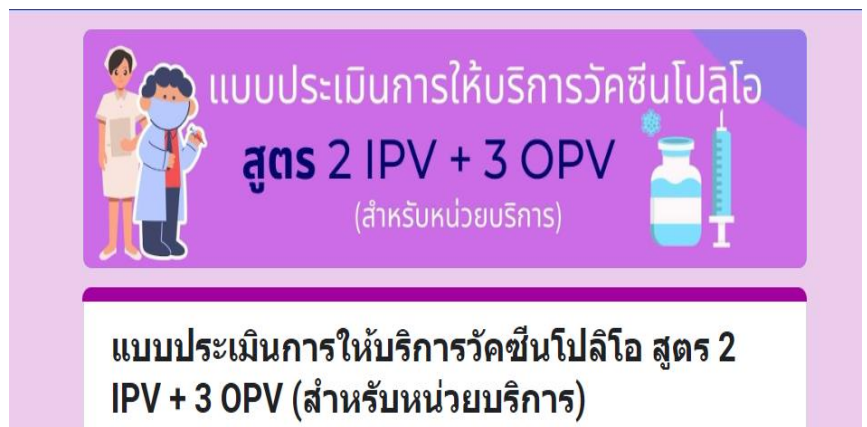
### 1) แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับหน่วยบริการ

โดยแบบประเมินฯ ประกอบด้วย

- ข้อมูลหน่วยบริการ
- ข้อมูลส่วนบุคคลเจ้าหน้าที่ (เจ้าหน้าที่ผู้ตอบแบบประเมิน)
- ประเด็นข้อคำถามการดำเนินงานการให้บริการวัคซีน

โดย รายงาน “แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับหน่วยบริการ”

ผ่านทางเว็บไซต์ : <https://forms.gle/UpNfVMydBIR2pRoA8> หรือ QR code ด้านล่างนี้



### 2) แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับผู้ปกครอง (โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์) แบบประเมินฯ ประกอบด้วย

- ข้อมูลหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์
- ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ปกครองที่ให้ข้อมูล)
- ประเด็นข้อคำถาม

โดย รายงาน “แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV สำหรับผู้ปกครอง

(โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์)” ผ่านทางเว็บไซต์ : <https://shorturl-ddc.moph.go.th/PMRoE> หรือ QR code ด้านล่างนี้



แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV (สำหรับหน่วยบริการ)

ระดับหน่วยบริการ :  1) โรงพยาบาล หรือเทียบเท่า

2) รพ.สต. / ศูนย์บริการสาธารณสุข /หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือเทียบเท่า

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลเจ้าหน้าที่ (เจ้าหน้าที่ผู้ตอบแบบประเมิน)

1. ตำแหน่ง .....

2. อายุการปฏิบัติงาน  1) น้อยกว่า 1 ปี  2) 2 – 3 ปี  3) 4 – 5 ปี  4) มากกว่า 5 ปี

3. วันที่ตอบแบบประเมิน .....

**คำชี้แจง**

1. ขอให้ผู้ประเมิน (ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) กรอกข้อมูลตามความเป็นจริง
2. ขอให้รายงานผลการประเมินผ่านทางเว็บไซต์ <https://forms.gle/UpNfVMydBIR2pRoA8> หรือ ผ่านทาง QR code ด้านล่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นข้อคำถามการดำเนินงานการให้บริการวัคซีน

ลำดับที่	ข้อคำถาม	มี/ใช่/เคย/ ทราบ	ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่เคย/ ไม่ทราบ
1	หน่วยบริการของท่าน <b>รับรู้</b> รับทราบนโยบายและแนวทางการให้วัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV หรือไม่ (การให้วัคซีน IPV จำนวน 2 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 2,4 เดือน และให้วัคซีน OPV จำนวน 3 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน, 1 ปี 6 เดือน และ 4 ปี)		
2	หน่วยบริการของท่านมีการปรับการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV ในเด็กกลุ่มเป้าหมายทุกคน ตามแนวทางที่กำหนดหรือไม่ <i>วันที่เริ่มให้บริการ (วัน/เดือน/ปี) .....</i>		
2.1	กรณี “ไม่มี การปรับการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV” ระบุสาเหตุ เพราะ.....		
3	ท่านสามารถให้บริการวัคซีน สูตร 2 IPV + 3 OPV ในระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้อย่างปกติ และเป็นไปตามภาระงานในปัจจุบันรองรับได้		
4	หน่วยบริการของท่านมีระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐาน สำหรับรองรับวัคซีน IPV 2 เข็มได้หรือไม่		
5	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานให้วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นอย่างชัดเจนหรือไม่		
6	หน่วยบริการของท่านมีการประมาณความต้องการใช้วัคซีนและแจ้งขอเบิกวัคซีนครบถ้วน ถูกต้อง และเพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย ใช่หรือไม่		
7	หน่วยบริการของท่านมีปริมาณวัคซีนโปลิโอเพียงพอในการให้บริการในทุก ๆ ครั้ง ใช่หรือไม่ <i>(ถ้า “ใช่” มีวัคซีนเพียงพอ ให้ข้ามไปที่ ข้อ 8)</i>		

ลำดับที่	ข้อความคำถาม	มี/ใช่/เคย/ ทราบ	ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่เคย/ ไม่ทราบ
	7.1 กรณี “มี วัคซีนโปลิโอไม่เพียงพอ ในการให้บริการ” สาเหตุ เพราะ..... (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> ได้รับวัคซีนในปริมาณที่น้อยกว่าที่ขอเบิก <input type="checkbox"/> ได้รับวัคซีนไม่ตรงตามกำหนด <input type="checkbox"/> คำนวณความต้องการวัคซีนไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
	7.2 แนวทางแก้ไข “กรณี วัคซีนไม่เพียงพอ” <input type="checkbox"/> ขอเบิกวัคซีนเพิ่มระหว่างรอบ <input type="checkbox"/> ประสานขอยืมวัคซีนจากหน่วยบริการใกล้เคียง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
8	ท่านมีการให้ข้อมูลความรู้โรคและวัคซีนที่ให้บริการ พร้อมทั้งอาการข้างเคียงที่ อาจเกิดขึ้นภายหลังรับวัคซีน แก่ผู้ปกครองก่อนและหลังการฉีดได้ทราบ หรือไม่		
9	หน่วยบริการของท่านมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนเป็นรายบุคคล ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือในรูปแบบทะเบียน หรือไม่		
10	ภายหลังการให้บริการวัคซีน สูตร 2 IPV + 3 OPV หน่วยบริการของท่าน พบผู้ที่มีรับ วัคซีนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการรับวัคซีนที่รุนแรง (Serious) หรือไม่ <i>กรณี มี จำนวน..... ราย (ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566)</i>		
11	<b>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV ในพื้นที่</b> 11.1 วัคซีน IPV1 (2 เดือน) มีระดับความครอบคลุม <input type="checkbox"/> 1) $\geq 90\%$ ขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2) 80 - 89% <input type="checkbox"/> 3) 50-79 % <input type="checkbox"/> 4) น้อยกว่า 50 % 11.2 วัคซีน IPV2 (4 เดือน) มีระดับความครอบคลุม <input type="checkbox"/> 1) $\geq 90\%$ ขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2) 80 - 90% <input type="checkbox"/> 3) 50-79 % <input type="checkbox"/> 4) น้อยกว่า 50 %		

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี โปรดระบุ)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....



แบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV (สำหรับผู้ปกครอง) โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์ : ตำแหน่ง .....

ระดับหน่วยบริการ :  1) โรงพยาบาล หรือเทียบเท่า

2) รพ.สต. / ศูนย์บริการสาธารณสุข / หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือเทียบเท่า

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่ตอบแบบประเมิน .....

### คำชี้แจง

ขอให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมารับวัคซีนโปลิโอ ตามแบบประเมินฯ สำหรับผู้ปกครอง จำนวนอย่างน้อย 10 ท่าน/หน่วยบริการ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ปกครองที่ให้ข้อมูล)

#### 1. เพศ

1) ชาย  2) หญิง

#### 2. ความสัมพันธ์กับเด็ก

1) บิดา  2) มารดา  3) ลุง-ป้า, น้า-อา  4) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

#### 3. อายุ ..... ปี

#### 4. ศาสนา

1) ศาสนาพุทธ  2) ศาสนาคริสต์  3) ศาสนาอิสลาม  4) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

#### 5. ระดับการศึกษา

1) ประถมศึกษา  2) มัธยมศึกษาตอนต้น  3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

4) อนุปริญญา/ปวส.  5) ปริญญาตรี  6) สูงกว่าปริญญาตรี

#### 6. อาชีพ

1) เกษตรกรรม  2) รับจ้างทั่วไป  3) ค้าขาย  4) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

5) นักเรียน/นักศึกษา  6) พ่อบ้าน/แม่บ้าน  7) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

### ส่วนที่ 2 ประเด็นข้อคำถาม

ลำดับที่	ข้อคำถาม	ใช่/ทราบ	ไม่/ไม่ทราบ
1	ผู้ปกครอง/กลุ่มเป้าหมายให้การยอมรับการฉีดวัคซีนโปลิโอ IPV / OPV สูตร IPV + 3 OPV ตามนโยบายนำร่องฯ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นอย่างดี		
2	ท่านตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของการรับวัคซีน จึงพาบุตรหลานเข้ารับวัคซีนตามช่วงวัย		
3	ท่านรับรู้ รับทราบข้อมูลการรับวัคซีนของบุตรหลานของท่านและประโยชน์ของการรับวัคซีน จากเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง หรือไม่		
4	ท่านได้รับทราบข้อมูลถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับวัคซีน หรือไม่		
5	ท่านยินดีพาบุตรหลานเข้ารับวัคซีนในการนัดครั้งถัดไป		

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี โปรดระบุ)

.....





จำนวนอำเภอที่ต้องตอบแบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV

เขตบริการ	จังหวัด	อำเภอ / เขต	จำนวนอำเภอที่ต้องตอบแบบประเมิน (ร้อยละ 30 ของจังหวัด)*
01	เชียงใหม่	25	8
01	ลำพูน	8	2
01	ลำปาง	13	4
01	แพร่	8	2
01	น่าน	15	5
01	พะเยา	9	3
01	เชียงราย	18	5
01	แม่ฮ่องสอน	7	2
02	อุตรดิตถ์	9	3
02	ตาก	9	3
02	สุโขทัย	9	3
02	พิษณุโลก	9	3
02	เพชรบูรณ์	11	3
03	ชัยนาท	8	2
03	นครสวรรค์	15	5
03	อุทัยธานี	8	2
03	กำแพงเพชร	11	3
03	พิจิตร	12	4
04	นนทบุรี	6	2
04	ปทุมธานี	7	2
04	พระนครศรีอยุธยา	16	5
04	อ่างทอง	7	2
04	ลพบุรี	11	3
04	สิงห์บุรี	6	2
04	สระบุรี	13	4
04	นครนายก	4	1
05	ราชบุรี	10	3
05	กาญจนบุรี	13	4
05	สุพรรณบุรี	10	3
05	นครปฐม	7	2

เขตบริการ	จังหวัด	อำเภอ / เขต	จำนวนอำเภอที่ต้องตอบแบบประเมิน (ร้อยละ 30 ของจังหวัด)*
05	สมุทรสาคร	3	1
05	สมุทรสงคราม	3	1
05	เพชรบุรี	8	2
05	ประจวบคีรีขันธ์	8	2
06	สมุทรปราการ	6	2
06	ชลบุรี	11	3
06	ระยอง	8	2
06	จันทบุรี	10	3
06	ตราด	7	2
06	ฉะเชิงเทรา	11	3
06	ปราจีนบุรี	7	2
06	สระแก้ว	9	3
07	ขอนแก่น	26	8
07	มหาสารคาม	13	4
07	ร้อยเอ็ด	20	6
07	กาฬสินธุ์	18	5
08	บึงกาฬ	8	2
08	หนองบัวลำภู	6	2
08	อุดรธานี	20	6
08	เลย	14	4
08	หนองคาย	9	3
08	สกลนคร	18	5
08	นครพนม	12	4
09	นครราชสีมา	32	10
09	บุรีรัมย์	23	7
09	สุรินทร์	17	5
09	ชัยภูมิ	16	5
10	ศรีสะเกษ	22	7
10	อุบลราชธานี	25	8
10	ยโสธร	9	3
10	อำนาจเจริญ	7	2
10	มุกดาหาร	7	2

เขตบริการ	จังหวัด	อำเภอ / เขต	จำนวนอำเภอที่ต้องตอบแบบประเมิน (ร้อยละ 30 ของจังหวัด)*
11	นครศรีธรรมราช	23	7
11	กระบี่	8	2
11	พังงา	8	2
11	ภูเก็ต	3	1
11	สุราษฎร์ธานี	19	6
11	ระนอง	5	2
11	ชุมพร	8	2
12	สงขลา	16	5
12	สตูล	7	2
12	ตรัง	10	3
12	พัทลุง	11	3
12	ปัตตานี	12	4
12	ยะลา	8	2
12	นราธิวาส	13	4
13	กทม	50	15
			278
* อำเภอที่ต้องดำเนินการตอบแบบประเมินการให้บริการวัคซีนโปลิโอ สูตร 2 IPV + 3 OPV จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ 30 ของจังหวัด			