**รายละเอียดความพร้อมในการรับบริการทางด้านสุขภาพ ในงานบริการวิชาการชุมชน**

**คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

1. **ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่ตั้ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ชื่อ – นามสกุล ผู้ประสานงาน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ข้อมูลรายละเอียดความพร้อม**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| 1. **ความพร้อมด้านสถานที่**

การจัดเตรียมความพร้อมของอาคารสถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ เต็นท์ ในการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี* 1. อาคารสถานที่หรือพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ใช้พื้นที่ใด มีขนาดพื้นที่ (พื้นที่ในร่ม/พื้นที่กลางแจ้ง) ที่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนประมาณ 300 คน และเจ้าหน้าที่ประมาณ 100-200 คน ได้อย่างเพียงพอ ไม่แออัดและสามารถเว้นระยะห่างได้หรือไม่อย่างไร และลักษณะของพื้นบริเวณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเป็นลักษณะใด เช่น พื้นสนามหญ้า พื้นถนน พื้นดินลูกรัง
	2. ท่านมีสถานที่สำหรับจุดเจาะเลือด 10 จุด เช่น โต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์เจาะเลือด (หากเป็นไปได้โปรดระบุขนาดความสูงและยาวของโต๊ะ) ฉากกั้น เก้าอี้ อย่างเพียงพอหรือไม่ อย่างไร
	3. ท่านมีสถานที่ในการจอดรถเอกซเรย์เพื่อให้บริการเอกซเรย์ รวมถึงต้องมีจุดเชื่อมต่อกับระบบไฟฟ้าบ้านทั่วไป 220V แบบปลั๊กสามตา กำลังไฟ 20 แอมป์ อย่างน้อย 1 จุด ให้ใกล้กับจุดเอกซเรย์มากที่สุด และมีเจ้าหน้าที่ช่างไฟ หรือไม่อย่างไร
	4. ความกว้างสถานที่ในข้อ (1)-(3) สามารถแบ่งพื้นที่เพื่อจัดกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ เจาะเลือด เอกซเรย์ กิจกรรมบำบัด และกายภาพบำบัด ได้หรือไม่
	5. ท่านมีห้องสุขาสำหรับบริการบุคลากรผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ได้อย่างเพียงพอ หรือไม่อย่างไร
	6. สถานที่ต้องมีทางเข้าของรถบัสโดยสาร รถเอกซเรย์ และ รวมถึงมีที่จอดรถทั้งของบุคลากรผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ได้อย่างเพียงพอ หรือไม่อย่างไร

**(กรุณาจัดทำรายละเอียดแผนผังเพิ่มเติมตามไฟล์ “รายละเอียดความพร้อมของ อปท. ด้านสถานที่”)*** 1. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน อาทิเช่น ไฟดับ ฝนตก หรือชาวบ้านเป็นลม หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินอื่นที่อาจเกิดขึ้น ท่านมีแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในวันดังกล่าว อย่างไร
	2. สัญญาณโทรศัพท์ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไรบ้าง (เนื่องจากต้องใช้สัญญาณโทรศัพท์หรืออินเตอร์เน็ตในการเชื่อมต่อข้อมูล)
 |  |
| 1. **ความพร้อมด้านบุคลากร**

ท่านมีจำนวน อสม อาสาสมัคร บุคลากรในองค์กร หรือ บุคลากรด้านงานสาธารณสุข ที่สามารถปฏิบัติงานได้ในการช่วยงานบริการวิชาการชุมชน จำนวนกี่ท่าน จากส่วนงานใดบ้าง และสามารถจัดบุคลากรช่วย ณ จุดลงทะเบียนเพื่อรับบัตรคิว และลงทะเบียนผู้รับรับบริการ และ จุดวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว ได้เพียงพอกับผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด **(รายละเอียดตามไฟล์ “รายละเอียดความพร้อมของ อปท. ด้านสถานที่”)** |  |
| 1. **ความพร้อมด้านการจัดการ ดูแลและติดตาม ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง**
* จำนวนประชากรในพื้นที่
* ปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่ที่พบบ่อย
* จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน รวมถึงการบริหารจัดการเพื่อรับการรักษา
* สิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงมีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีมากน้อยเพียงใด
* ท่านมีแผนหรือวิธีการจัดการ ดูแลและติดตาม ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพอย่างไรบ้าง
* โปรดจัดทำแผนในการจัดการ ดูแล และติดตามกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการประสานงานและส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอกรณีตรวจพบความผิดปกติที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา
 |  |
| 1. **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ท่านมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่านหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีการประสานงาน ส่งต่อหรือประสานงานร่วมกันในลักษณะใดบ้าง รวมถึงมีระบบส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลอย่างไร |  |
| 1. **ความพร้อมด้านงบประมาณ**

ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับใช้ดำเนินโครงการ ท่านได้งบประมาณสนับสนุนในรูปแบบใด โปรดระบุแหล่งงบประมาณ (ขอความอนุเคราะห์ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพร่วมกับคณะฯ จำนวน 50,000 บาท และสนับสนุนอาหารกลางวันให้กับบุคลากรและนักศึกษาที่ลงปฏิบัติงานในพื้นที่) |  |
| 1. **ระยะทาง (กิโลเมตร)**

ระยะทางระหว่างหน่วยงานของท่านกับคณะเทคนิค-การแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(ระยะทางไม่เกิน 60 กิโลเมตร โดยอ้างอิงระยะทางจาก Google maps) |  |

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่คุณกรรณิการ์ เปียนคร

งานบริหารงานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร 053 – 936026

ลงชื่อ

 ( )

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.