



รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หนูน้อยฟันดี

- ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
- ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต.....

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ..... มีความประสงค์  
 จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หนูน้อยฟันดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณ  
 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เป็นเงิน .....บาท (.....บาทถ้วน)  
 โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

**๑. หลักการและเหตุผล** (ระบุที่มาของการทำโครงการ ความจำเป็น และความสำคัญของโครงการ เพื่อที่จะสนับสนุนต่อไป)

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๕๕) และครั้งที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๖๐) พบว่า  
 เด็กอายุ ๓ ปี มีอัตราการเกิดฟันผุถึงร้อยละ ๕๑.๘ และร้อยละ ๕๒.๙ ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุ  
 ค่อนข้างสูง ปัญหาที่ตามมาคือการรักษาที่มักจะมีคามยุ่งยากและความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำ นำมาซึ่งการสูญเสีย  
 ฟันน้ำนมก่อนเวลาที่เหมาะสม ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของเด็ก ประเด็นสำคัญในการแก้ปัญหาจึงควรดำเนินการ  
 ควบคุมป้องกันโรคฟันผุตั้งแต่วัยเริ่มแรก ลดการสูญเสียฟันน้ำนมของเด็กเล็ก ซึ่งเด็กก่อนวัยเรียนยังไม่สามารถ  
 ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง และผู้ดูแล

ชุมชน.....เขต.....พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ จำนวน.....คน  
 คิดเป็นร้อยละ.....ของจำนวนเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดในชุมชน และมีปัญหาฟันผุ จำนวน.....คน คิดเป็น  
 ร้อยละ.....ของจำนวนเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดในชุมชน ซึ่งอาจเกิดจากผู้ปกครองและครอบครัวมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง  
 ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ทำให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเด็ก เช่น น้ำหนักลด ขาดสารอาหาร มีผลต่อ  
 การเจริญเติบโต พัฒนาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก รวมทั้งชากรรไกรผิดปกติ ติดเชื้อในช่องปาก เป็นต้น  
 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....ได้เล็งเห็นว่า ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนมีความจำเป็นต้อง  
 ได้รับการพัฒนาศักยภาพและได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ มีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล  
 สุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จึงได้จัดทำ “โครงการหนูน้อยฟันดี” ขึ้น เพื่อให้ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อน  
 วัยเรียนได้มีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างถูกต้องเหมาะสม

**๒. วัตถุประสงค์** (แสดงถึงจุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหา นั้น ๆ และต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในสิ่งที่เป็นไปได้ สามารถวัดได้)

๒.๑ เพื่อให้ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากของเด็ก

๒.๒ เพื่อให้ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างถูกต้อง  
เหมาะสม

**๓. ตัวชี้วัดความสำเร็จ** (ระบุการประเมินผลออกมาเป็นตัวเลข/จำนวน/ปริมาณ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้)

๓.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการอบรม

๓.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะความสามารถใน  
การแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็ก

**๔. ผู้เข้าร่วมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม จำนวนทั้งสิ้น .....คน**

๔.๑. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน..... คน ได้แก่

- ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน พร้อมเด็ก

จำนวน ..... คน

๔.๒. ผู้ดำเนินงาน จำนวน ..... คน ได้แก่

๑) เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน

จำนวน ..... คน

๒) วิทยากร (วิทยากร ๑ คนต่อผู้ปกครอง ๕ คน)

จำนวน ..... คน

**๕. วิธีดำเนินการ** (แสดงขั้นตอนภารกิจที่ต้องทำให้การดำเนินงานตามโครงการและระยะเวลาในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาความเป็นไปได้ของโครงการ)

๕.๑ ประสานงานผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้เข้าอบรม และวิทยากร พร้อมทั้งเตรียมการเรื่องสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ประกอบการอบรม

๕.๒ ดำเนินการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติ เรื่องการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ให้แก่ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มีผู้เข้าร่วม ทั้งเจ้าหน้าที่ดำเนินงาน และวิทยากร รวมจำนวน.....คน ระยะเวลา ..... วัน สถานที่.....(สถานที่ราชการ) โดยมีการบรรยาย และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ เป็น.....กลุ่ม (รายละเอียดตามกำหนดการอบรม) (จำนวนกลุ่มตามความเหมาะสมโดยพิจารณาจากจำนวนผู้เข้าอบรม และวิทยากรกลุ่ม ๑-๒ คน/กลุ่ม โดยวิทยากรไม่เกินกลุ่มละ ๒ คน)

๕.๓ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน นำความรู้ไปปฏิบัติ โดยคณะทำงานติดตามสนับสนุนให้ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

๕.๔ หลังการอบรม ๖ เดือน ดำเนินการติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน..... คน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก พร้อมเด็กที่อยู่ในความดูแล ผู้ดำเนินงานโครงการ ระยะเวลา ๑ วัน สถานที่.....(สถานที่ราชการ) (รายละเอียดตามกำหนดการตรวจติดตามฯ) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

๑) ทบทวนความรู้และซักถามการดูแลสุขภาพเด็ก

๒) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากของเด็ก

๓) ประเมินทักษะความสามารถของผู้ปกครองในการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็ก

๕.๕ สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

**๖. ระยะเวลาดำเนินการ** (ระยะเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ)

เดือน..... ถึง เดือน..... พ.ศ. ๒๕.....

**๗. สถานที่ดำเนินการ** (ระบุสถานที่ที่ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ)

ชุมชน.....เขต.....

**๘. งบประมาณ** (แสดงยอดรวมงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินโครงการแหล่งที่มาและแยกรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนว่าเป็นค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง)

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จำนวน ..... บาท รายละเอียด ดังนี้

๕.๒ ดำเนินการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติ เรื่องการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ให้แก่ผู้ปกครอง และผู้ดูแล จำนวน..... คน ระยะเวลา ๑ วัน สถานที่.....(สถานที่ราชการ) รายละเอียดตามกำหนดการอบรม

๑) ค่าอาหาร

เป็นเงิน ..... บาท

.....คน x ๑๕๐ บาท x ๑ มื้อ x ๑ วัน

๒) ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม

เป็นเงิน ..... บาท

.....คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน

๓) ค่าสมนาคุณวิทยากร

- วิทยากรบรรยาย (๓ ชม.) เป็นเงิน ..... บาท

๑ คน x ๖๐๐ บาท x ๓ ชม. (วิทยากรภาครัฐ)

๑ คน x ๑,๒๐๐ บาท x ๓ ชม. (วิทยากรภาคเอกชน)

- วิทยากรกลุ่ม (๓ ชม.) เป็นเงิน ..... บาท

.....คน x .....กลุ่ม x ๖๐๐ บาท x ๓ ชม. (วิทยากรภาครัฐ)

.....คน x .....กลุ่ม x ๑,๒๐๐ บาท x ๓ ชม. (วิทยากรภาคเอกชน)

๔) ค่าแบบจำลองสำหรับสอนสาธิตการแปรงฟัน เป็นเงิน ..... บาท

๕) ค่าแปรงสีฟันสำหรับสอนสาธิตการแปรงฟัน เป็นเงิน ..... บาท

๖) ค่าวัสดุ เครื่องเขียนและอุปกรณ์ เป็นเงิน ..... บาท

๕.๔ ติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน..... คน ระยะเวลา ๑ วัน สถานที่ ณ .....(สถานที่ราชการ) (รายละเอียดตามกำหนดการตรวจติดตามฯ)

- ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม เป็นเงิน ..... บาท

.....คน x ๑๒๐ บาท x ....วัน

รวมงบประมาณทั้งสิ้น เป็นเงิน ..... บาท

(.....บาทถ้วน)

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ระบุประโยชน์ที่คิดว่าจะได้จากความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดโครงการ เป็นการระบุว่าใครจะได้รับผลประโยชน์ และผลกระทบหรือมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอะไรทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณและต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์)

๑. ผู้ปกครอง และผู้ดูแล ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี

๒. ผู้ปกครอง และผู้ดูแล นำไปขยายผลต่ออย่างชุมชน/ครอบครัวอื่น

๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน  เพียงหัวข้อเดียวในข้อ ๑๐.๑ และ ๑๐.๒ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับการใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๑๐.๑ **หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ** (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....

๑๐.๑.๑ **สถานบริการ** ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

๑๐.๑.๒ **หน่วยบริการ** ได้แก่ สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๐.๑.๓ **หน่วยงานสาธารณสุข** ได้แก่ หน่วยงานของกรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจด้านสาธารณสุขโดยตรงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่มิได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ เช่น สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ เป็นต้น

๑๐.๑.๔ **หน่วยงานอื่นของรัฐ** ได้แก่ หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่อาจดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคได้ในขอบเขตหนึ่ง เช่น สำนักงานเขต โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด เป็นต้น

๑๐.๑.๕ **ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน** ได้แก่ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการ หรือศูนย์ที่มีชื่ออย่างอื่น ซึ่งจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร หรือที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร เห็นชอบ

- ๑๐.๑.๖ **องค์กรหรือกลุ่มประชาชน** ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชน หรือบุคคลที่มี การรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรที่เรียกชื่ออื่นตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ที่ไม่มี วัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

ชื่อองค์กร.....

กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ชื่อ - นามสกุล ดังนี้

- |        |                              |
|--------|------------------------------|
| ๑..... | เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... |
| ๒..... | เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... |
| ๓..... | เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... |
| ๔..... | เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... |
| ๕..... | เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... |

**๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน** (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

- ๑๐.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๖(๑)]
- ๑๐.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๖(๒)]
- ๑๐.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๖(๓)]
- ๑๐.๒.๔ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๖(๕)]

**๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก** (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

- ๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
  - ๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - ๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
  - ๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  - ๑๐.๔.๑.๘ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

- ๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ๑๐.๔.๒.๘ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
  - ๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - ๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - ๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - ๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ๑๐.๔.๓.๙ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน
  - ๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
  - ๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
  - ๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - ๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ๑๐.๔.๔.๙ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ
  - ๑๐.๔.๕.๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - ๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - ๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - ๑๐.๔.๕.๘ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
  - ๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

- ๑๐.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๑๐.๔.๖.๙ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
  - ๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - ๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - ๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - ๑๐.๔.๗.๘ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๑๐.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - ๑๐.๔.๘.๖ อื่น ๆ (ระบุ) .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม  
 (.....)  
 วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ปฏิทินการดำเนินงาน**  
**แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....หนูน้อยฟันดี.....**

กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม	ผลผลิต (out put)	ผลลัพธ์ (out come)	สถานที่/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. เตรียมการจัดอบรมฯ	...../...../.....	๑) ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย และวิทยากร ๒) จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ประกอบการอบรม	- มีการเตรียมความพร้อมใน การจัดอบรมทั้งด้าน บุคลากร สถานที่ และ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง	- การดำเนินงานโครงการ เป็นไปด้วยความราบรื่น	ณ..... เวลา.....-.....น.	ผู้ดำเนินงาน โครงการ
๒. อบรมการดูแล ทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ก่อนวัยเรียน แก่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแล	...../...../.....	๑) ดำเนินการจัดอบรมการดูแล ทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน แก่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ตามวัน เวลาที่กำหนด มีผู้เข้าร่วมทั้ง กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน และวิทยากร รวมจำนวน.....คน ระยะเวลาอบรม ๑ วัน โดยมีกิจกรรมใน การอบรม ดังนี้ - การบรรยายให้ความรู้ ๓ ชั่วโมง - แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ ในการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็กจำนวน..... กลุ่ม ๓ ชั่วโมง (รายละเอียดตาม กำหนดการอบรม) (หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มตามความ เหมาะสมโดยพิจารณาจากจำนวนผู้เข้า อบรม และวิทยากรกลุ่ม ๑-๒ คน/กลุ่ม โดยวิทยากรไม่เกินกลุ่มละ ๒ คน)	- ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ก่อนวัยเรียน ได้รับการ อบรมการดูแลทันตสุขภาพ สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนครบ ตามหลักสูตรที่กำหนด	- ร้อยละ ๘๐ ของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน มี ความรู้ความสามารถในการดูแล ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน และผ่านเกณฑ์การประเมิน ทักษะความสามารถในการ แปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน ให้กับเด็ก	ศูนย์พัฒนาเด็ก ก่อนวัยเรียน ..... เวลา.....-.....น.	ผู้ดำเนินงาน โครงการ
๓. การปฏิบัติดูแล ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัย เรียน	...../...../..... ถึง ...../...../.....	- ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติให้ การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในความ	- ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ก่อนวัยเรียนมีการนำความรู้ ที่ได้รับจากการอบรมไป	- เด็กก่อนวัยเรียนได้รับการ ดูแลทันตสุขภาพอย่างถูกต้อง - เด็กก่อนวัยเรียนไม่มีปัญหา	ครอบครัวเด็กก่อน วัยเรียน	ผู้ปกครอง และผู้ดูแล เด็กก่อนวัย

กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม	ผลผลิต (out put)	ผลลัพธ์ (out come)	สถานที่/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
	(ระยะเวลา ๖ เดือน)	ดูแลในระยะเวลา ๖ เดือน หลังจากได้รับการอบรม โดยคณะทำงานติดตาม สนับสนุนให้ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ก่อนวัยเรียน มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง	ปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กที่อยู่ในความดูแล	สุขภาพช่องปาก		เรียน
๔. ติดตามการปฏิบัติดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก	...../...../.....	<p>๑) นัดหมายผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อติดตามการนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กในปกครอง</p> <p>๒) หลังการอบรม ๖ เดือน ดำเนินการติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ตามวัน เวลาที่กำหนด มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน.....คน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กพร้อมเด็กที่อยู่ในความดูแล ผู้ดำเนินงานโครงการ ระยะเวลา ๑ วัน (รายละเอียดตามกำหนดการตรวจติดตามฯ) โดยมีกิจกรรม ดังนี้</p> <p>๒.๑) ทบทวนความรู้และซักถามการดูแลทันตสุขภาพเด็ก</p> <p>๒.๒) ตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก</p> <p>๒.๓) ประเมินทักษะความสามารถของผู้ปกครองในการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็ก</p> <p>๓) สรุปผลการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กแต่ละคน</p>	<p>- มีผลการติดตามประเมินทักษะความสามารถของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กในการแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็ก</p> <p>- มีผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน</p>	<p>- ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนมีการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- เด็กก่อนวัยเรียน ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก</p>	ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ..... เวลา.....-.....น.	ผู้ดำเนินงานโครงการ



กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม	ผลผลิต (out put)	ผลลัพธ์ (out come)	สถานที่/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
		ดำเนินงานตามโครงการ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร				
๕. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ	...../...../.....	๑) รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินการในทุกขั้นตอน ให้ครบถ้วน ๒) ประมวลผลจากข้อมูลที่ได้รวบรวมมา และจัดทำเป็นเอกสารรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ ๓) จัดส่งเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร	- มีเอกสารสรุปผลการดำเนินงานโครงการ ฉบับสมบูรณ์	- กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนให้หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่เด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลได้อย่างทั่วถึง ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ	ณ..... เวลา.....-..... น.	ผู้ดำเนินงานโครงการ

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** (สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร/คณะอนุกรรมการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต..... ครั้งที่ ...../..... เมื่อวันที่ .....ผลการ  
พิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติงบประมาณ** เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ..... บาท

**ไม่อนุมัติงบประมาณ** เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เนื่องจาก (ระบุ) .....

.....

.....

.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หลักสูตรการจัดกิจกรรมโครงการหนูน้อยฟันดี  
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน.....

ครั้งที่ ๑ : การจัดอบรมและฝึกปฏิบัติ เรื่องการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ให้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแล

เวลา

- ๐๘.๐๐ - ๐๘.๔๕ น. ลงทะเบียน
- ๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น. เปิดการอบรม  
โดย.....
- ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. บรรยายเรื่อง ความสำคัญของฟันน้ำนม การเล็กลงและเลือกรับประทานอาหาร  
โดย.....
- ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. บรรยายเรื่อง การดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก และการรับมือพฤติกรรมเด็ก  
โดย.....
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. แบ่งกลุ่ม.....กลุ่ม ฝึกปฏิบัติเรื่อง การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน  
กลุ่มที่ ๑ วิทยากรโดย ๑).....  
๒).....  
กลุ่มที่ ๒ วิทยากรโดย ๑).....  
๒).....
- ๑๖.๐๐ น. สรุปอภิปรายผลการฝึกปฏิบัติ และปิดการอบรม

หมายเหตุ : รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๐๐ น. และ ๑๔.๐๐ น.

ครั้งที่ ๒ : การตรวจติดตามสุขภาพช่องปากของเด็ก และประเมินทักษะความสามารถของผู้ปกครอง  
ในการแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน ให้กับเด็ก (ภายหลังการอบรม ๖ เดือน)

เวลา

- ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. บรรยายทบทวนพร้อมซักถาม เรื่อง การดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก
- ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ประเมินทักษะความสามารถของผู้ปกครองในการแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟันให้กับเด็ก