

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ  
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเทศบาลเมืองลำพูน ประจำปีงบประมาณ  
๒๕๕๙

๑. ผลการดำเนินงาน

ศูนย์บริการฯ ได้จัดทำโครงการดังกล่าวในช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๕๘- กันยายน ๒๕๕๙กลุ่มเป้าหมายคือเด็ก  
ระดับชั้นอนุบาล๑ และเด็กนักเรียนใหม่ และเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ตรวจร่างกายพบมีภาวะซีดใน  
โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองลำพูนทั้ง ๔ โรงเรียนและได้จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพและตรวจเลือดเพื่อคัดกรอง  
ภาวะโลหิตจางโดยขออนุมัติงบประมาณจากกองทุนสุขภาพเทศบาลเมืองลำพูนโดยมีรายละเอียดผลการ  
ดำเนินงานดังนี้

๑. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้กับนักเรียนและคณะครู
๒. ตรวจสุขภาพ ตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อดูภาวะซีด
๓. ตรวจเลือดจากปลายนิ้วมือตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดโดยใช้เครื่องปั่นฮีมาโตคริต ในรายที่  
ผู้ปกครองอนุญาตได้ผลการตรวจดังนี้

ลำดับ	โรงเรียน	วันที่ตรวจ	จำนวนเด็ก ทั้งหมด	จำนวนเด็ก ที่ได้ตรวจ	จำนวนเด็ก ที่ผลตรวจ ผิดปกติ
๑	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๒๒ ส.ค.๕๙	๗๖	๖๑	๑
๒	เทศบาลประตูผี	๒๕ ส.ค.๕๙	๙๓	๗๖	๓
๓	เทศบาลจามเทวี	๒๔ ส.ค.๕๙	๑๐	๑๐	๐
๔	เทศบาลสันป่ายางหลวง	๒๔ ส.ค.๕๙	๑๐	๑๐	๐
๕	เทศบาลสันป่ายางหนอง	๒๔ ส.ค.๕๙	๓๓	๓๓	๖
	รวม		๒๒๒	๑๙๐	๑๐

มีจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจทั้งหมด ๑๙๐คน จากทั้งหมด ๒๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๕๘  
พบผลการตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ( Hct>๓๓%) ๑๘๐คนคิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๓  
พบผลการตรวจเลือดต่ำกว่าปกติ ( Hct<๓๓%) จำนวน ๑๐คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๒๖

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

เพราะ .....

.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๑๙๐..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... ๒,๖๘๐..... บาท  
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... ๒,๑๗๘.๒๐.....บาทคิดเป็นร้อยละ...๘๑.๒๗....  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ..... ๕๐๑.๘๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ...๑๘.๗๒.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค


(ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข

(ระบุ) .....

.....

ลงชื่อ .....  .....

ผู้รายงาน

(.....นางประภัสสร เครือผิว.....)

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙.....

