



## ใบสมัครเข้าร่วมแผนงานเครือข่ายร้านยาสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมยาสูบ

ร้านยาคุณภาพ       ยังไม่ได้เป็น

ชื่อร้าน.....	จังหวัด.....	รหัสร้าน.....
ชื่อเภสัชกร.....	เลขที่ใบประกอบ.....	เลขที่สมาชิก.....
หมายเลขบัตรประชาชน.....	เลขบัญชีออมทรัพย์.....	
ธนาคาร.....	โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ.....	อีเมล.....

สถานที่ตั้งของร้าน : เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....  
 เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร.....  
 อีเมล..... โดย นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง..... สมัครเข้าร่วมแผนงาน โดยให้ความยินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

1. ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องดำเนินตามแนวทางการอบรม
2. ร้านยา มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ชื่อ ภก. / ภญ..... นามสกุล.....  
 ใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่..... เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน เลขที่..... ซึ่ง  
 จะต้องเป็นผู้ให้บริการฯ แก่ประชาชน.
3. ร้านยาที่ร่วมแผนงาน จะไม่อ้างอิงแผนงานนี้ เพื่อประโยชน์ทางธุรกิจการค้า
4. ร้านยาที่ร่วมแผนงาน เป็นผู้รับภาระภาษีเงินได้ ค่าโอนเงิน ของค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลตามแผนงาน
5. การเลิกสัญญาในกรณีดังต่อไปนี้
  - 5.1 ร้านยาที่ร่วมแผนงาน ขอลาออกจากการร่วมแผนงาน
  - 5.2 ร้านยาที่ร่วมแผนงาน ดำเนินการใดๆที่ทำให้ สมาคมฯ และ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ ( สสส.) ได้รับความเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความเสียหายโดยคณะทำงานของโครงการได้พิจารณาแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้สมัครเข้าร่วมแผนงาน

( ..... ) ตัวบรรจง

### หลักฐานในการสมัครเข้าร่วมแผนงาน

- 1 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงนามสัญญา

	กิจกรรมการเก็บข้อมูล	รายงานละ
1	การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง = F1 และการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรค = F2	40
2	การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรค = F3	30
3	การติดตามผลการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่หน่วยบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง = Refer และแจ้งผลการติดตาม...ติดตามได้ / หรือไม่ได้	30
4	การดูแลเรื่องการใช้ยา ( Medication Therapy Management ) รวมติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง	150
5	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบ = A1-4 (150 บาท); A4F (100 บาท);A5(5 ครั้งๆละ 50 บาท ) หยุดสูบได้ที่ 30 ,60,90 วัน Top up 500 บาท	

### เงื่อนไขเพิ่มเติม

- ผู้รับบริการการคัดกรอง (F1 -2-3) ต้องมีคุณสมบัติ
  - อายุเกิน 35 ปี
  - ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดัน ไขมัน หลอดเลือด
  - ในปีนี้ ( ตค 60 – กย 61 ) ไม่เคยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดัน ฯ จากที่ใดมาก่อน
- ค่าตอบแทนตามรายการ (ข้อ 1, 2 ) เป็น ค่าตอบแทนที่รวม strip และ เข็ม
- ในการคัดกรอง DM ต้องตรวจค่าน้ำตาล Random หรือ FBS ทุกราย
- ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องเซ็นลงนามเอกสารการรับค่าตอบแทนเป็นหลักฐานแก่ทางสมาคมฯ
- เนื่องจากงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก สสส ในจำนวนจำกัด หากมีการให้บริการมากกว่าเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบแผนงานอาจมีการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนตามความเหมาะสม แต่จะมีการแจ้งผู้เข้าร่วมให้ทราบ

### การส่งใบสมัคร(พร้อมเอกสารการสมัคร )เข้าร่วมแผนงาน

- ส่งมาที่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน 40 สุขุมวิท 38 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กทม. 10110
- Scan และส่ง email ที่ : [moo\\_pentipa@hotmail.com](mailto:moo_pentipa@hotmail.com)
- ติดต่อรายละเอียด : ภาญ.เพ็ญทิพา 083 0390395 Line id : Pentipa1111  
 ภาญ.รศ. สุณี เลิศสินอุดม 081 6617237  
 ภาญ.ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธุ์ 089 4628872