



ใบสมัครเข้าร่วมแผนงานเครือข่ายร้านยาสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมยาสูบ

ร้านยาคุณภาพ ร้านยา GPP ร้านเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ

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

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้นในวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..2560...ระหว่าง สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ป)

สถานที่ตั้งของร้าน : เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร..... อีเมล.....

โดย.นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

สมัครเข้าร่วมแผนงาน โดยให้ความยินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

1. ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องดำเนินการตามกรอบแนวทางที่กำหนด และ ผ่านการอบรมโครงการฯ
2. ร้านยา มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ชื่อ ภก. / ภญ.....นามสกุล.....
ใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน เลขที่.....ซึ่ง
จะต้องเป็นผู้ให้บริการฯ แก่ประชาชน
3. ร้านยาที่ร่วมแผนงานโครงการฯนี้ จะไม่อ้างอิงแผนงานนี้ เพื่อประโยชน์ทางธุรกิจการค้า
4. ร้านยาที่ร่วมแผนงานโครงการฯนี้ เป็นผู้รับภาระภาษีเงินได้ ค่าโอนเงิน ของค่าตอบแทนการเก็บข้อมูล
การบริการ (ตามแผนงาน)
5. เภสัชกรผู้ให้บริการตามสัญญาการเข้าร่วมโครงการจะต้องเก็บข้อมูลผู้รับบริการเป็นความลับ
6. การเลิกสัญญาในกรณีดังต่อไปนี้
 - 5.1 ร้านยาที่ร่วมแผนงาน ขอลาออกจากการร่วมแผนงาน
 - 5.2 ร้านยาที่ร่วมแผนงาน ดำเนินการใดๆที่ทำให้มูลนิธิ หรือ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รับความเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความเสียหายโดยคณะทำงานของโครงการฯ ได้พิจารณาแล้ว

ลงชื่อผู้สมัครเข้าร่วมแผนงาน

(.....) ตั๋วบรรจง

หลักฐานในการสมัครเข้าร่วมแผนงาน

- 1 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงนามสัญญา

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

เงื่อนไขเพิ่มเติม

1. ผู้รับบริการการคัดกรอง (F1 -2-3) ต้องมีคุณสมบัติ
 - อายุเกิน 35 ปี
 - ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดัน ไขมัน หลอดเลือด
 - ในปีนี้ (ตค 60 – กย 61) ไม่เคยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดัน ฯ จากที่ใดมาก่อน
2. ค่าตอบแทนตามรายการ (ข้อ 1, 2) เป็น ค่าตอบแทนที่รวม strip และ เข็ม
3. ในการคัดกรอง DM ต้องตรวจค่าน้ำตาล Random หรือ FBS ทุกราย
4. เนื่องจากงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก สสส ในจำนวนจำกัด หากมีการให้บริการมากกว่าเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบแผนงานอาจมีการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนตามความเหมาะสม แต่จะมีการแจ้งผู้เข้าร่วมให้ทราบ และจะจ่ายค่าตอบแทนปีละ ครั้ง (30 มีย 62 , 30 มีย 63)

การส่งใบสมัคร(พร้อมเอกสารการสมัคร)เข้าร่วมแผนงาน

- 1 ส่งมาที่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน 40 สุขุมวิท 38 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กทม. 10110 (ระบุ เพ็ญทิพา)
- 2 Scan และส่ง email ที่ : moo_pentipa@hotmail.com
- 3 ติดต่อรายละเอียด : ภาณุ.เพ็ญทิพา 083 0390395 Line id : Pentipa1111

ภาณุ.รศ. สุณี เลิศสินอุดม 081 6617237

ภาณุ.ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธ์ 089 4628872