



## ใบสมัครเข้าร่วมแผนงานเครือข่ายร้านยาพาเลิกบุหรี่และสร้างเสริมสุขภาพ

ชื่อร้าน.....จังหวัด.....รหัสร้าน (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก).....

ปัจจุบันเป็นร้านยาคุณภาพหรือไม่      ( ) เป็นร้านยาคุณภาพ ผ่านการรับรอง ปี พ.ศ.....      ( ) ไม่เป็น

ชื่อผู้สมัครเข้าโครงการ.....ตำแหน่ง ( ) เกสเซอร์ ( ) เจ้าของกิจการ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ.....Line id :.....อีเมลล์.....

ชื่อบัญชี(ที่รับโอนค่าบริการ).....เลขบัญชี.....ธนาคาร .....

เลขบัตรประชาชน.( ผู้รับค่าบริการ).....เป็นร้านยาโครงการลดความแออัด หรือ ไม่

( ) ไม่เป็น      ( ) เป็น ลูกข่าย รพ.1.....รหัสหน่วยบริการ      D.....

2.....รหัสหน่วยบริการ      D.....

สถานที่ตั้งของร้าน : เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....  
 เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....โทร.....  
 ละติจูด ลองจิจูด.....โดย นาย/นาง/นางสาว.....  
 นามสกุล.....ตำแหน่ง.....ขอสมัครเข้าร่วมแผนงานฯ และให้ความยินยอมตาม  
 ข้อตกลงในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ข้าพเจ้าฯ จะดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดในแผนงาน และตามแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีทางเภสัชกรรม
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ชื่อ ภก. / ภญ.....นามสกุล.....  
 ใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....ซึ่งจะเป็นผู้ให้บริการฯ แก่ผู้มารับบริการฯ
3. ข้าพเจ้าฯ จะไม่อ้างอิงแผนงานนี้ เพื่อประโยชน์ทางธุรกิจการค้า
4. ข้าพเจ้าฯ จะเป็นผู้รับภาระภาษีเงินได้ ค่าโอนเงิน ของค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลตามแผนงาน
5. ในการเลิกสัญญากับโครงการ/แผนงาน กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้
  - 5.1 ลาออกจากการร่วมแผนงาน
  - 5.2 ร้านยา/เภสัชกรที่ร่วมแผนงาน ดำเนินการใดๆที่ทำให้มูลนิธิ และ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ ( สสส.)  
 ได้รับความเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความเสียหายหรือ ตามที่คณะกรรมการของแผนงานฯ ได้พิจารณา  
 แล้วมีมติให้ออกจากแผนงาน

ลงชื่อ .....ผู้สมัครเข้าร่วมแผนงาน

( ..... ) ตัวบรรจง

### หลักฐานในการสมัครเข้าร่วมแผนงาน

- 1 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร

	ค่าตอบแทนในการจัดการข้อมูล	รายงานละ
1	การคัดกรองความเสี่ยง เบาหวาน ความดัน การให้ความรู้ (F1+F2)และการติดตาม 1 ครั้ง ( F3)	100+50
2	การคัดกรองปอดอุดกั้น ( COPD )และการให้คำแนะนำ = F15	50
3	การคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง ( Stroke )และการให้คำแนะนำ = F17	50
4	การคัดกรองความเครียดและการให้คำแนะนำ = F18	50
5	การคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ และการให้คำแนะนำ = F19	50
6	การจัดการด้านยา ( Medication Therapy Management )ใน ผป ที่พบปัญหาด้านยา หรือ ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ( visit1 ) และการติดตามผล 1 ครั้ง ( visit 2 ) กรณีติดตามแก้ไขปัญหาด้านยาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโดยมีการติดต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 ครั้ง ( นับรวมครั้งแรก ) เป็นเวลา 1 ปี เพิ่ม ( Top Up ) 500 บาท	Visit 1 : 100 Visit 2 : 50
7	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ A1-A4 = 150 บาท , A4F=50 บาท . A5 ครั้งละ 50 บาท ( ติดตาม 5 ครั้ง ) กรณีเลิกสูบบุหรี่ที่ 1,2,3 เดือน เพิ่ม (Top up ) 500 , 500 , 500 บาท	

### เงื่อนไขเพิ่มเติม

1. การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ให้ผู้รับบริการเจาะเอง โดยหากไม่สามารถทำได้..ให้เภสัชกรสอนให้ทำเอง
2. ค่าตอบแทนตามรายการ เป็น ค่าตอบแทนที่รวมอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการให้บริการ
3. ในการคัดกรอง DM ต้องมีค่าน้ำตาล Random หรือ FBS ทุกราย
4. ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องเก็บแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการยินยอมให้เข้าถึงและจัดเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและดำเนินการบันทึกตามแนวทางที่แผนงานกำหนด และเก็บเอกสารแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานเพื่อการตรวจสอบภายหลังได้
5. เนื่องจากงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก สสส ในจำนวนจำกัด หากมีการให้บริการมากกว่าเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบแผนงานอาจมีการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนตามความเหมาะสม แต่จะมีการแจ้งผู้เข้าร่วมให้ทราบ และจะจ่ายค่าตอบแทน 1-3 ครั้ง ภายในระยะเวลาโครงการ ( 1กรกฎาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2565 )

### การส่งใบสมัคร(พร้อมเอกสารการสมัคร )เข้าร่วมแผนงาน

- 1 Scan และส่ง email หรือส่งทาง Line ที่ : [moo\\_pentipa@hotmail.com](mailto:moo_pentipa@hotmail.com) Line id : Pentipa1111
- 2 ติดต่อรายละเอียด : ญ.เพ็ญทิพา 083 0390395 Line id : Pentipa1111

ญ.รศ. สุณี เลิศสินอุดม 081 6617237

ญ.ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธุ์ 089 4628872