



## สัญญาการเข้าร่วมแผนงานเครือข่ายร้านยาพาเล็บบุหรี่และสร้างเสริมสุขภาพ ปี 2565-67

เอกสารแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ตระหนักและให้ความสำคัญต่อความเป็นส่วนตัวของท่าน โดย มูลนิธิ.จะเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ตามประกาศเอกสารแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของมูลนิธิ. ภายใต้ พรบ. กู้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

โดยท่านสามารถอ่านรายละเอียดวิธีการที่มูลนิธิ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิของท่าน และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ <https://compharmfund.or.th/>

ชื่อร้าน..... จังหวัด..... รหัสร้าน (สำหรับเจ้าหน้าที่โครงการกรอก).....

ปัจจุบันเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เป็นร้านยาคุณภาพ ผ่านการรับรอง ปี พ.ศ..... ( ) กำลังสมัครร้านยาคุณภาพ

( ) เป็นหน่วยร่วมบริการ สปสช หรือไม่ ( ) ไม่เป็น ( ) กรณีที่"เป็น" ให้ระบุ รหัสหน่วยบริการ D.....

( ) ไม่เป็น อะไรเลย

ชื่อผู้สมัครเข้าโครงการ.....ตำแหน่ง ( ) เกษัชกร ระบุ ภ..... ( ) เจ้าของกิจการ .....

โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ..... Line id :.....อีเมล.....

เป็นร้านยาโครงการอะไรบ้าง หรือ ทำบริการกับประชาชน/ผู้ป่วย อะไรบ้าง ( นอกจากการขายยา ปรึกษาปกติ )

1..... 2.....

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

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร.....

ละติจูด ลองจิจูด..... โดย นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล..... ตำแหน่ง..... ขอสมัครเข้าร่วมแผนงานฯ และให้ความยินยอมตาม

ข้อตกลงในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ข้าพเจ้าฯ จะดำเนินตามแนวทางที่กำหนดในแผนงาน และตามแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีทางเภสัชกรรม
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ชื่อ ภก. / ภญ..... นามสกุล.....  
ใบอนุญาตโรคศิลปะ เลขที่..... ซึ่งเป็นผู้ให้บริการฯ แก่ผู้มารับบริการฯ
3. ข้าพเจ้าฯ จะไม่อ้างอิงแผนงานนี้ เพื่อประโยชน์ทางธุรกิจการค้า
4. ข้าพเจ้าฯ จะเป็นผู้รับภาระภาษีเงินได้ ค่าโอนเงิน ของค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลตามแผนงาน
5. ในการเลิกสัญญากับโครงการ/แผนงาน กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้
  - 5.1 ลาออกจากกรร่วมแผนงาน
  - 5.2 ร้านยา/เภสัชกรที่ร่วมแผนงาน ดำเนินการใดๆที่ทำให้มูลนิธิ และ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ ( สสส.)  
ได้รับความเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความเสียหายหรือ ตามที่คณะทำงานของแผนงานฯ ได้พิจารณาแล้วมีมติให้ออกจากแผนงาน

ลงชื่อ .....ผู้สมัครเข้าร่วมแผนงาน

( ) ตัวบรรจง

# คำตอบแทนในการเก็บข้อมูล



	กิจกรรมบริการ	รายงานละ
1	การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง = F1 + F2 +F3)	ไม่มี
2	การคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( COPD ) โรคหอบหืด F 15	50
3	การคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองตีบแตก ( STROKE) F17	50
4	การคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ F19	50
	การคัดกรองและให้คำแนะนำ Long Covid + ติดตาม 1 ครั้ง ( 2- 6 สัปดาห์ )	20
5	การดูแลเรื่องการใช้ยา ( Medication Therapy Management ) และติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสามารถค้นหาปัญหา ( DRP หรือพฤติกรรมสุขภาพ )ของผู้ป่วยได้	100+50
	ติดตามทั้งปี อย่างน้อย 6 ครั้ง	1,000
6	การคัดกรองคนที่สูบบุหรี่ ( เฉพาะคนที่สูบ ) A1 – A2	20
7	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบ	
	A1-4	150
	A4F	100
	A5(5 ครั้ง ๗ ละ )	70
	หยุดสูบได้ที่ 30 ,60,90 วัน Top up 500 บาท	

## เงื่อนไขเพิ่มเติม

- คำตอบแทนตามรายการ เป็น คำตอบแทนที่รวมอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการให้บริการ
- ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องเก็บแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการยินยอมให้เข้าถึงและจัดเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและดำเนินการบันทึกตามแนวทางที่แผนงานกำหนด และเก็บเอกสารแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานเพื่อการตรวจสอบภายหลังได้
- เนื่องจากงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก สสส ในจำนวนจำกัด หากมีการให้บริการมากกว่าเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบแผนงานอาจมีการปรับเปลี่ยนคำตอบแทนตามความเหมาะสม แต่จะมีการแจ้งผู้เข้าร่วมให้ทราบ และจะจ่ายคำตอบแทน 1-3 ครั้ง ภายในระยะเวลาโครงการ ( ประมาณ ปีละ 1 ครั้ง )

## การส่งใบสมัคร(พร้อมเอกสารการสมัคร)เข้าร่วมแผนงาน

- Scan และส่ง email หรือส่งทาง Line ที่ : [k.pentipa@gmail.com](mailto:k.pentipa@gmail.com) Line id : Pentipa1111
- ติดต่อรายละเอียด : ญญ.เพ็ญทิพา 083 0390395 Line id : Pentipa1111  
 ญญ.รศ. สุณี เลิศสินอุดม 081 6617237  
 ญญ.ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธ์ 089 4628872