กปท.
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลซึ้ง รหัส กปท. L9137
อำเภอ ขลุง จังหวัด จันทบุรี

1.ชื่อ ☐ **แผนงาน** ☑ **โครงการ** ☐ **กิจกรรม**

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสเฉลิมพระเกียรติและถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ปีงบประมาณ 2567

2.ผลการดำเนินงาน

1. อสม.ตำบลซึ้ง จำนวน 97 คน มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

2. ประชาชนทั่วและสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในวันที่ 20-21 พฤศจิกายน 2566

-สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตเทศบาลตำบลซึ้ง ร้อยละ 100 ที่เข้ามารับบริการตรวจคัดกรองได้รับความรู้และทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

-สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตเทศบาลตำบลซึ้ง ร้อยละ 100 ที่เข้ามารับบริการได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

-สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 100 ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์มะเร็งเต้านม (Mammogram)

ผลการคัดกรอง

ผลการคัดกรอง	จำนวน (คน)
ผู้เข้ารับการคัดกรอง	353 คน
พบก้อนสงสัย	77 คน
ผู้ที่พบความเสี่ยงสูง	144 คน
เมมโมแกรมและอัลตร้าซาวด์	126 คน
ส่งต่อรักษา	8 คน

ผลการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องเมมโมแกรม

ผลเมมโมแกรม	จำนวน (คน)
BIRADS 1 ปกติ แนะนำให้เช็คอัพปีละครั้ง	7
BIRADS 2 พบสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย เช่น หินปูนชนิดธรรมดา ถุงน้ำเต้านมแบบธรรมดา ควรตรวจเช็คอัพปีละครั้ง	93
BIRADS 3 พบสิ่งผิดปกติที่น่าจะไม่มีอันตราย มีโอกาสเป็นมะเร็ง < 3% ควรตรวจติดตามทุก 6 เดือน เช่น พบเนื้องอกรูปกลมรี ผิวเรียบ เป็นต้น	18
BIRADS 4 พบสิ่งผิดปกติที่มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ > 3% ควรเจาะตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งอาจแบ่งย่อยอีกเป็น BIRADS 4a, 4b และ 4c	8
BIRADS 5 พบสิ่งผิดปกติที่มีโอกาสเป็นมะเร็งสูง > 90% ควรเจาะตรวจชิ้นเนื้อ	0
BIRADS 6ความผิดปกติที่ทราบอยู่ก่อนแล้วว่าเป็นมะเร็ง เช่น เคยเจาะตัดชิ้นเนื้อตรวจพบมะเร็งก่อนที่จะทำแมมโมแกรม	0

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

☑ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

.....

.....

.....

4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ....50,000.... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....50,000..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....100.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....-..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....-.....

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☑ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

☑ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)

☑ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง

☐ อื่น ๆ .....

7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

1. ชื่อ..นางสุกฤตา เจริญรูป.....หมายเลขโทรศัพท์....094-4162629
2. ชื่อ...นางรัชชวลัย..พิสิฐกุลธรกิจ หมายเลขโทรศัพท์.....084-3544266
3. ชื่อ..นางลักษณา...นารถมณี.....หมายเลขโทรศัพท์.....092-0168299

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นายบรรจบ ทันทะบุตร)

ตำแหน่ง .....สาธารณสุขอำเภอขลุง.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. .....