แบบคำขอรับการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลหน่วยหน่วยบริการ

๑.๑ รายละเอียดทั่วไป

☐ ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

☐ ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

รหัสหน่วยบริการ ๗ หลัก ☐☐☐☐☐☐☐

สถานที่ตั้ง เลขที่ .....หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....อีเมล.....

ขนาดหน่วยบริการ ☐ ขนาดเล็ก (ประชากรน้อยกว่า ๓,๐๐๐ คน)

☐ ขนาดกลาง (ประชากร ๓,๐๐๐ – ๘,๐๐๐ คน)

☐ ขนาดใหญ่ (ประชากรมากกว่า ๘,๐๐๐ คน)

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก ☐☐☐☐☐

☐ **กรณียังไม่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ**

ชื่อหน่วยบริการ.....

สถานที่ตั้ง เลขที่ .....หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....อีเมล.....

ขนาดหน่วยบริการ ☐ ขนาดเล็ก (ประชากรน้อยกว่า ๓,๐๐๐ คน)

☐ ขนาดกลาง (ประชากร ๓,๐๐๐ – ๘,๐๐๐ คน)

☐ ขนาดใหญ่ (ประชากรมากกว่า ๘,๐๐๐ คน)

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก ☐☐☐☐☐

๒.๒ สังกัด

☐ **รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

◯สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

◯นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม .....

☐ **รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

◯ระบุกระทรวง.....

◯สังกัดย่อย.....

ส่วนที่ ๒ การขอรับการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

☐รอบที่ ๑/๒๕๖๘ ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม ๒๕๖๘
☐รอบที่ ๒/๒๕๖๘ ช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน ๒๕๖๘
☐รอบที่ ๓/๒๕๖๘ ช่วงเดือน สิงหาคม ถึง กันยายน ๒๕๖๘

* หมายเหตุ ระยะเวลาการตรวจประเมินอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ส่วนที่ ๓ การประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลหน่วยบริการในระบบ PCUstandard ให้เป็นปัจจุบัน

☐ ปี ๒๕๖๗
☐ ปี ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๔ เอกสารประกอบการตรวจประเมินฯ

☐ บริบทของพื้นที่ (PCU/NPCU Profile) ประกอบด้วย
- ข้อมูลทั่วไป (Structure)
- ข้อมูลทรัพยกรบุคคล (Staff)
- ข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่

☐ ไฟล์นำเสนอ (PowerPoint / Video / อื่น ๆ ตามความเหมาะสม)
☐ ผลการดำเนินงานให้บริการปฐมภูมิ ผ่านระบบ Buddy Care
- การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย
- Telemedicine

***หมายเหตุ** เอกสารประกอบการประเมินฯ ขอให้หน่วยบริการส่งให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการทาง E-mail : pcuprachin@gmail.com ในแต่ละรอบ **ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของเดือน ม.ค. / เม.ย. / ก.ค. ๒๕๖๘**

..... ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้ขอรับการประเมิน

.....ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้รับรองข้อมูล

หมายเหตุ ผู้ขอรับการประเมิน หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หัวหน้าหน่วยบริการ
ผู้รับรองข้อมูล หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยบริการ/พื้นที่นั้น ๆ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, ประธานกลุ่มพื้นที่สุขภาพอำเภอ