



ที่ ศก ๐๗๓๓/ว ๒๕๖๗

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
หมู่ที่ ๖ ตำบลสี อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์รายงานผลตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช
ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับทิมสยาม ๐๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดสรรชุดอุปกรณ์สำหรับตรวจ
คัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช จากกรมควบคุมโรค เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน
ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและกำหนดให้มีการรายงานผลการดำเนินงาน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอความร่วมมือท่านรายงานผลตรวจคัดกรอง
ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและประชาชนที่ทำงานสัมผัสสารเคมีในพื้นที่ ตาม
แบบฟอร์มรายงานผ่านลิงค์ใน QR Code เพื่อรายงานผลไปยังกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค

โทร ๐๔๕-๖๖๙๒๓๒



แบบรายงานผลการตรวจคัดกรองฯ

**แบบรายงานผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper)
ประจำปี พ.ศ. 2567**

คำชี้แจง: เอกสารฉบับนี้ใช้สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองเกษตรกรผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) เพื่อรวบรวมข้อมูลจัดทำสถานการณ์การดำเนินงาน ฯ ภาพรวมเขต 10 (โปรดส่งภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2567)

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทร.....E-Mail.....
ชื่อหน่วยงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
สังกัด กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

1. หน่วยบริการของท่านได้รับการชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หรือไม่ ?
- ไม่ทราบ/ไม่ได้รับการชี้แจง
 - ได้รับการชี้แจง แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ
 - ได้รับการชี้แจง และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
 - ได้รับการชี้แจง และเคยมีการดำเนินงานแต่ไม่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัยเพื่อการดูแลสุขภาพเกษตรกร

2. ในปี พ.ศ. 2567 หน่วยบริการของท่าน มีบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส หรือไม่?
- มี ไม่มี (ข้ามไปข้อ 6)
3. ในปี พ.ศ. 2567 หน่วยบริการของท่าน ได้รับการจัดสรรชุดทดสอบโคลีนเอสเตอเรสจากหน่วยงานใด จำนวนเท่าใด ?
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน.....กล่อง
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน.....กล่อง
 - มีงบประมาณสำหรับจัดซื้อเอง จำนวน.....กล่อง
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....จำนวน.....กล่อง
4. มีการประเมินความเสี่ยง ฯ โดยใช้แบบ นนท. 1-56 ก่อนเจาะเลือดตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด หรือไม่?
- ไม่มีการประเมินความเสี่ยง
 - ประเมินความเสี่ยง และเจาะเลือดตรวจฯ ทุกคน
 - ประเมินความเสี่ยง และเจาะเลือดเฉพาะคนที่มีผลประเมินความเสี่ยง "ค่อนข้างสูง" ถึง "สูงมาก"
5. ผลการตรวจคัดกรองผู้ที่ได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ปี พ.ศ. 2567
- ผลการตรวจ ปกติ รวมทั้งสิ้น..... (คน)
- ผลการตรวจ ปกติบ้าง รวมทั้งสิ้น..... (คน)
- ผลการตรวจ มีความเสี่ยง รวมทั้งสิ้น..... (คน)
- ผลการตรวจ ไม่ปกติบ้าง รวมทั้งสิ้น..... (คน)

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

6. ในปี พ.ศ. 2567 หน่วยบริการของท่าน มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่?

- มี ไม่มี (ข้ามไปข้อ 9)

7. ในปี พ.ศ. 2567 มีกิจกรรมส่งเสริมด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างไร? (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- ประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- กิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิก การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- สร้างเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น เพื่อจัดทำมาตรการ/นโยบายในชุมชนเกี่ยวกับการลด ละ เลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- ส่งเสริมการเพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์/เกษตรทางเลือก
- อื่นๆ (ระบุ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี พ.ศ. 2567

.....

9. แผนขอรับการสนับสนุนชุดทดสอบโคลีนเอสเตอเรสและอุปกรณ์ตรวจสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี พ.ศ. 2568

- จำนวนเป้าหมาย.....คน
- พื้นที่ดำเนินการ.....
- สิ่งสนับสนุนที่ต้องการ.....

10. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....



<https://shorturl-odd.moph.go.th/XMjcc>
แบบสำรวจผลการตรวจคัดกรองฯ