



ประกาศเทศบาลนครหาดใหญ่

เรื่อง รับขึ้นทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็กแบบเชิงรุก เทศบาลนครหาดใหญ่
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ตามที่เทศบาลนครหาดใหญ่ ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็กแบบเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และเด็กแรกเกิด - ๕ ปี (เด็กปฐมวัย) เพื่อให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย และเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศในอนาคต และให้โครงการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็กแบบเชิงรุกดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นธรรมและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จึงขอประกาศให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ และมีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็กแบบเชิงรุก ดำเนินการดังนี้

คุณสมบัติผู้ลงทะเบียน / หลักเกณฑ์

๑. หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์และมีผลการตรวจเลือดแล้ว
๒. มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และพักอาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อเจ้าหน้าที่ และ อสม. แม่คนที่ ๒ สามารถติดตามให้บริการสุขภาพที่บ้านได้
๓. สนใจปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย ๖ เดือน
๔. ส่งหลักฐานเพื่อขอรับสิทธิอย่างต่อเนื่องตามกำหนด
๕. หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด เด็ก ๖ เดือน - ๑ ปี ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ครอบครัว หรือผู้ด้อยโอกาส

การรับลงทะเบียน

หญิงตั้งครรภ์มาลงทะเบียนด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ ๑ - ๑๐ ของทุกเดือน ในเวลาราชการ ที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่

เอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

๑. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมถ่ายสำเนา ๑ ฉบับ
๒. บัตรประชาชนฉบับจริง พร้อมถ่ายสำเนา ๑ ฉบับ
๓. สมุดบันทึกการฝากครรภ์ / ใบฝากครรภ์

บริการที่ได้รับจากโครงการ

๑. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการทุกรายจะต้องเข้ารับการอบรมความรู้การดูแลสุขภาพ (โรงเรียนพ่อแม่) ๑ ครั้ง เพื่อให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตร ส่งเสริมการเป็นพ่อแม่ คุณภาพ

๒. ได้รับการติดตามบริการสุขภาพที่บ้าน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด เด็กแรกเกิด- ๕ ปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.แม่คนที่ ๒

๓. ได้รับอาหารส่งเสริมสุขภาพ (นม - ไข่) ดังนี้

๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ได้รับ นมสดสเตอริไลส์ ๓๐ กระป๋อง ไข่ไก่ ๓๐ ฟองต่อเดือน จนกระทั่ง คลอด

๓.๒ กลุ่มมารดาหลังคลอด หากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย ๖ เดือน

ได้รับ นมสดสเตอริไลส์ ๓๐ กระป๋อง ไข่ไก่ ๓๐ ฟองต่อเดือน ต่อเนื่อง ๖ เดือน

๓.๓ กลุ่มเด็ก ๖ เดือน - ๑ ปี

ได้รับ นมผง ๖๐๐ กรัม ๒ กล่อง ไข่ไก่ ๓๐ ฟอง

หมายเหตุ หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย ๖ เดือน และเริ่มให้นมผงแก่เด็กก่อนอายุ ๖ เดือน จะสิ้นสุดการรับนม-ไข่ ทันที

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๗ - ๕

(นายไพโร พัทธโน)

นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อกำหนดโครงการ
และยินดีปฏิบัติตามข้อกำหนด

ลงชื่อ.....
ผู้เข้าร่วมโครงการ

แบบฟอร์มลงทะเบียน

โครงการส่งเสริมโภชนาการแม่และเด็กเชิงรุก เทศบาลนครหาดใหญ่

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลนครหาดใหญ่

ถนนเพชรเกษม สงขลา 90110

วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ (ผู้ลงทะเบียน)

ด้วยข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หมายเลขโทรศัพท์.....

เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□□ - □□□ อายุ.....ปี อาชีพ.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....

สถานที่ใกล้เคียงกับบ้านที่ติดต่อ.....

ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีความประสงค์ขอลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมโภชนาการ

แม่และเด็กเชิงรุก เทศบาลนครหาดใหญ่ และขอรับรองว่าได้อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่จริง โดยอาศัย

อยู่ในชุมชน.....ได้ผ่านข้อกำหนดและยินดีปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการส่งเสริม

โภชนาการแม่และเด็กเชิงรุกทุกประการ และขอยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| ☐ สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| ☐ สำเนาเอกสารฝากครรภ์ | จำนวน | 1 | ชุด |

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ☐ ต้องมีสำเนาทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

☐ อาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์ กำหนดคลอดวันที่.....
 ฝากครรภ์ที่..... ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์..... สัปดาห์ Hct.....
 รือสาวมี..... เบอร์โทรศัพท์.....

ประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ข้อ	เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน	ไม่มี	มี
	ประวัติอดีต		
1	เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)		
2	เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน		
3	เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม		
4	เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม		
5	เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ		
6	เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกรานในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก, ฝาดัดปากมดลูก, ผ่าปากมดลูก ฯลฯ		
	ประวัติปัจจุบัน		
7	ครรภ์แฝด		
8	อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)		
9	อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)		
10	Rh Negative		
11	เคยคลอดทางช่องคลอด		
12	มีก้อนในอุ้งเชิงกราน		
13	ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg		
14	โรคเบาหวาน		
15	โรคไต		
16	โรคหัวใจ		
17	ติดยาเสพติด ติดสุรา		
18	โรคอวัยวะอื่น ๆ เช่น โลหิตจาง รัยรอยต์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ).....		

ความเสี่ยงด้านอื่นๆ ระบุ.....
 ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ณ สถานที่ฝากครรภ์ ☐ ไม่เคยเข้าร่วม ☐ เข้าร่วม อายุครรภ์.....
 บันทึก กิจกรรมดูแล การเฝ้าระวัง การดูแลพิเศษ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

วันที่.....