



เหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท
Provincial Red Cross Chapter of Chainat

การพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยนาท
เลขที่..... 1416/bb
วันที่..... ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๖

ที่ สข.ชน. ๕๖ /๒๕๖๖

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท
ถนนพรหมประเสริฐ ชน ๑๗๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ออกหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต ประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖

เรียน

อ้างอิง หนังสือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ที่ สข.ชน. ๓๔๕/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนออกหน่วยรับบริจาคโลหิต ประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. เอกสารยืนยันการออกหน่วยรับบริจาคโลหิต จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แนวทางปฏิบัติการรับบริจาคโลหิตในสถานการณ์การระบาด COVID - 19 จำนวน ๑ ฉบับ
๔. คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่เหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ได้กำหนดแผนการออกหน่วยรับบริจาคโลหิต
ของเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการรับบริจาคโลหิตของเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ร่วมกับ
ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๘ จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์เชิญชวนข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ร่วมบริจาคโลหิต ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตอบยืนยัน พร้อมแจ้งยอดผู้บริจาคโลหิตให้เหล่ากาชาด
จังหวัดชัยนาททราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

- ☒ รจก.(ท) ☐ รจก.(บ) ☐ ผช.น.ค.
☒ ทผ.บ.ท. ☐ ทผ.บ.ป. ☐ ทผ.ค.ค.
☒ ทผ.บ.ค. ☐ ทผ.ค.ค. ☐ ทผ.ค.ค.
☐ ทผ.ป.บ. ☐ ผช.น.ค.(๖) ☐ ผช.น.ค.
☐ กพย.สพย. ☐ ผช.น.ค.(๖) ☐ ผช.น.ค.(๖)

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวชไมพร อ่ำไพจิตร)

รองนายกเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ปฏิบัติงานแทน

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท

☒ เพื่อทราบ

☐ เพื่อทราบและถือปฏิบัติ

☐ เพื่อทราบและดำเนินการ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

☒ ผช.น.ค.ทราบ

ว่าที่ร้อยตรี

(เสกสรร ปานถม)

เหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท

งานธุรการ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๕๖๔๑-๑๔๖๓

รจก.(ท.)ปฏิบัติงานแทน

ผจก.กพจ.ชัยนาท



SCAN QR-CODE รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริจาคโลหิต
Facebook fanpage : ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จ.นครสวรรค์

รายชื่อแนบท้าย หนังสือเหล่ากาชาดจังหวัดชัยนาท ที่ ลช.ชน. ๕๒ /๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
เรื่อง ออกหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิต ประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖

๑. นายอำเภอสรรคบุรี
๒. ผู้จัดการโกลบอลเฮ้าส์ สาขาชัยนาท
๓. ผู้จัดการการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดชัยนาท
๔. นายอำเภอเนินขาม

แผนออกหน่วยรับบริจาคโลหิต ประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖

วันที่	เวลา	หน่วยงาน	สถานที่	หมายเหตุ
วันศุกร์ที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖	๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	ที่ว่าการอำเภอสรรคบุรี	หอประชุมอำเภอสรรคบุรี	
วันเสาร์ที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๖	๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	โกลบอลเฮ้าส์	โกลบอลเฮ้าส์	
วันอังคารที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖	๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดชัยนาท	การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดชัยนาท	
วันอังคารที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๖	๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	ที่ว่าการอำเภอเนินขาม	หอประชุมอำเภอเนินขาม	

เอกสารยืนยันการออกหน่วยรับบริจาคโลหิต

ชื่อหน่วยงานที่ออกหน่วยรับบริจาคโลหิต

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

วันที่ออกหน่วยรับบริจาคโลหิต เวลา ถึง น.

สถานที่รับบริจาคโลหิต (กรุณาระบุ)

จำนวนผู้บริจาคโลหิต (โดยประมาณ) คน

ท่านได้รับเอกสารฉบับนี้วันที่ เวลา น.

รายชื่อผู้ประสานงาน

1. ตำแหน่ง

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

2. ตำแหน่ง

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

- ☐ ท่านมีความประสงค์จะให้ออกรับบริจาคโลหิตได้ในวันและเวลาดังกล่าว
- ☐ ท่านไม่สามารถให้ออกรับบริจาคโลหิตได้ในวันและเวลาดังกล่าว เนื่องจาก.....

หมายเหตุ : กรุณาตอบเอกสารฉบับนี้กลับมาที่เบอร์โทรสาร 056-371448 หรือ E-mail address : PR.Region08@gmail.com
หากท่านมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณกัลยา นิลเทียน โทรศัพท์ 081-4610903
หรือ คุณธนาพร รอดวิหก โทรศัพท์ 087-8465754

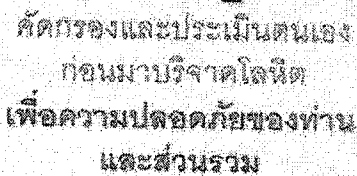
การยืนยันออกหน่วยรับบริจาคโลหิตทางโทรศัพท์(ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จ.นครสวรรค์)

ข้อมูลการออกหน่วยเป็นไปตามใบยืนยันการออกหน่วยรับบริจาคโลหิต

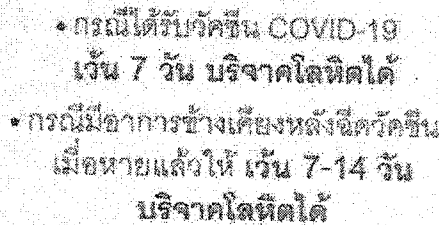
ผู้โทรศัพท์ยืนยันออกหน่วยรับบริจาคโลหิต

ผู้รับโทรศัพท์ยืนยันออกหน่วยรับบริจาคโลหิต (ผู้ประสานงาน)

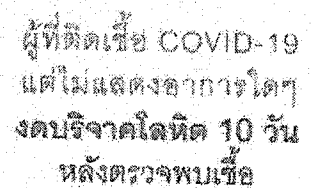
วันที่ เวลา น.



2



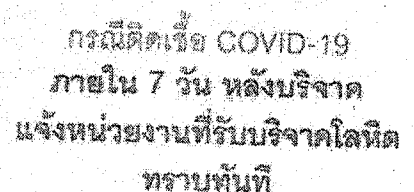
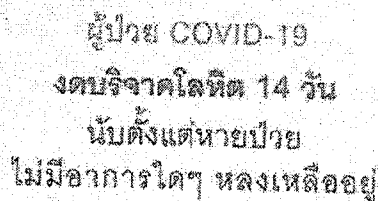
3



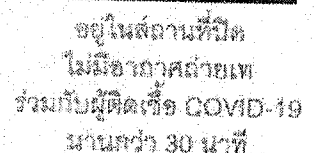
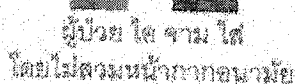
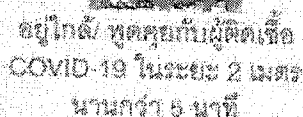
4



5



ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย
ไม่ได้สวมชุด PPE
เมื่อผ่านจุดใกล้ชิดผู้ป่วย



คุณสมบัติของผู้บริจาคลิขิต การเตรียมตัวก่อนและหลังบริจาคลิขิต

คุณสมบัติของผู้บริจาคลิขิต

๑. อายุ ๑๗ - ๗๐ ปีบริบูรณ์ (ถ้าบริจาคลิขิตครั้งแรกต้องมีอายุไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์)
 - อายุ ๑๗ ปีบริบูรณ์ ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครองให้บริจาคลิขิตทุกครั้ง
 - อายุ ๑๗ - ๖๕ ปีบริบูรณ์ และบริจาคลิขิตอย่างสม่ำเสมอ สามารถบริจาคลิขิตได้ทุก ๓ เดือน และต้องไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามสำหรับบริจาคลิขิต
 - อายุ ๖๖ - ๗๐ ปีบริบูรณ์ สามารถบริจาคลิขิตได้ทุก ๖ เดือน และต้องไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามสำหรับบริจาคลิขิต
๒. น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัมขึ้นไป และสุขภาพสมบูรณ์ดี
๓. การเป็นประจำเดือนเล็กน้อย ไม่ใช่ ข้อห้ามสำหรับการบริจาคลิขิต

การเตรียมตัวก่อนบริจาคลิขิต

๑. พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย ๕ ชั่วโมง
๒. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง ก่อนการบริจาคลิขิต
๓. งดสูบบุหรี่อย่างน้อย ๑ ชั่วโมง ก่อนการบริจาคลิขิต
๔. ให้รับประทานอาหารก่อนการบริจาคลิขิต และงดอาหารที่มีไขมันสูง
๕. ดื่มน้ำก่อนการบริจาคลิขิต
๖. การไต่ถามเพื่อรักษาโรคก่อนบริจาคลิขิตให้อยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้คัดกรอง
๗. การสักและการเติมคิ้ว โดยวิธีการปราศจากเชื้อ ให้งดบริจาคลิขิตอย่างน้อย ๔ เดือน

ภายหลังรับบริจาคลิขิต

๑. ให้นั่งพักและรับประทานเครื่องดื่มที่จัดเตรียมไว้ เมื่อรู้สึกปกติดีจึงสามารถกลับได้
๒. ภายหลังการบริจาคลิขิต หากมีอาการเวียนศีรษะหรืออาการอื่นๆ ให้รีบนั่งลงที่พื้นแล้วเรียกบุคคลใกล้เคียงเพื่อช่วยเหลือ
๓. งดการออกกำลังกายหนักอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง
๔. งดการใช้ยาน้ำที่บริจาคลิขิตของหนักอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง
๕. หากมีอาการเขียวช้ำบริเวณแขนขาที่เจาะเก็บโลหิต รอยเขียวช้ำจะหายไปภายใน ๒ - ๓ สัปดาห์
๖. หากมีข้อสงสัยหรืออาการผิดปกติอื่น ติดต่อภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๘ จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพท์ ๐๕๖-๓๗๑๔๔๗ ต่อ ๑๐๔ ในวันและเวลาทำการ