



# มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ WALAILAK UNIVERSITY

นครศรีธรรมราช : 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

โทรศัพท์ 0 7567 3000, 0 7538 4000, 0 7552 3000 โทรสาร 0 7567 3708 E-mail : wu@wu.ac.th

กรุงเทพมหานคร : เลขที่ 979/42-46 อาคารเอสเอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น 19 (ตรงข้าม ททบ.5) ถนนพหลโยธิน

เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2298 0244-5, 0 2299 0930 โทรสาร 0 2298 0248 E-mail : wu-bkk@wu.ac.th

ที่ อว ๗๕ ๑๘ ๑๑ ๐๐/๒๓๖๐

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๖๐

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการตรวจโรคตาเชิงรุก

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลกะปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบเสนอโครงการตรวจคัดกรองโรคตา จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ได้จัดทำโครงการตรวจโรคตาเชิงรุกสำหรับประชาชนทั่วไปที่มีปัญหาการมองเห็น เพื่อให้สามารถตรวจพบโรคและรักษาได้ทันถ่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและไม่เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาต่อ

ในการนี้ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ของท่านเข้ารับบริการ สามารถประสานงานได้ที่แผนกสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เบอร์โทรศัพท์ ๐๗๕-๔๗๙๑๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

( นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ )

รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
ปฏิบัติหน้าที่แทนรักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ฝ่ายเครือข่ายสัมพันธ์ ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๗ ๙๙๙๙ ต่อ ๗๙๑๖๐

-ตัวอย่าง -

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ ชื่อ ท้องถิ่น.....

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การตรวจวัดและคัดกรองโรคตา หรือความบกพร่องทางการมองเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุ. ชื่อท้องถิ่น.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ส่วน/กอง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม.....

มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การตรวจวัดและคัดกรองโรคตา หรือความบกพร่องทางการมองเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุ. ชื่อท้องถิ่น..... ตำบล ..... ในงบประมาณ ..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....เป็นเงิน xxx'xxx บาท โดยมีรายละเอียด

**แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลนครชัยบุรินทร์ จำนวน xxx คน ได้รับการตรวจคัดกรอง โรคตาและความผิดปกติด้านการมองเห็น
2. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบความผิดปกติด้านการมองเห็นได้รับการส่งตัวเพื่อรักษาต่อตามระบบ
3. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีปัญหาทางสายตา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับต่อกระจก ได้รับการสนับสนุนแว่นตาเพื่อช่วยในการมองเห็น (แล้วแต่ จะสนับสนุน หรือไม่)
4. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตา การใช้สายตาอย่างถูกวิธี,

**2. วิธีดำเนินการ**

1. เจ้าหน้าที่ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ร่วมกันประชุมศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กำหนดปัญหา วางแผน กำหนดเป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และรูปแบบวิธีการดำเนินงาน โครงการการตรวจวัดและคัดกรอง ความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการมองเห็นของ.....(กลุ่มเป้าหมาย)
2. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....(ชื่อกองทุนท้องถิ่น)
3. ประสานงานหน่วยงานด้านบริการสาธารณสุข ( โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ) ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อเป็นวิทยากร และดำเนินการตรวจคัดกรองโรคตา วินิจฉัย และซักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินงานตามกำหนดการ
4. ดำเนินการตามแผนงาน ดังนี้
  - เจ้าหน้าที่หน่วยบริการให้ความรู้ด้านการใช้สายตา การรักษา อนามัยดวงตาแก่กลุ่มเป้าหมาย
  - เจ้าหน้าที่หน่วยบริการดำเนินการตรวจคัดกรองสายตาในกลุ่มเป้าหมาย