



ที่ พร ๐๐๒๓.๖/ ๑๗๘

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเมืองแพร่

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ แจ้งว่าให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินโครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม จึงขอให้แจ้งเทศบาลตำบลช่อแฮ และองค์การบริหารส่วนตำบลร่องฟอง ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ๒๕๖๖ และได้สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองประกอบด้วยวัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสำหรับดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ สำหรับเทศบาลตำบลช่อแฮ จำนวน ๘๐๐ ชุด องค์การบริหารส่วนตำบลร่องฟอง จำนวน ๗๐๐ ชุด ประกอบด้วยรายการดังนี้

๑. หลอดเก็บเลือดสุญญากาศชนิด EDTA tube ๓.๐ ml
๒. เข็มฉีดยาปราศจากเชื้อชนิดใช้ครั้งเดียว เบอร์ ๒๑ G x ๑.๕ นิ้ว
๓. กระจกฉีดยาพลาสติก ขนาด ๕ ml
๔. สำลีก้อน ๓ ห่อ
๕. ชุดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี
๖. ชุดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณสุขฯ

โทร. ๐๕๔-๕๓๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๖

ผู้ประสาน นางวิมลรัตน์ สุทธิดี

ว.พ.

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่
เลขที่ 2002
วันที่ 23 พ.ค. 2566
เวลา

ที่ พร ๐๐๓๓.๐๐๔/๒๙๔๔



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ถนนบ้านใหม่ พร ๕๔๐๐๐

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือดำเนินโครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากร
กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนำเสนออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมควบคุมโรค ที่ สธ ๐๔๑๓.๑๒ / ว ๑๓๕๐ ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมควบคุมโรค ได้ขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ในการประสาน
แจ้งหน่วยงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมดำเนินโครงการ
คัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ทราบถึง
สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงขอความร่วมมือท่านในการดำเนินการแจ้งพื้นที่เป้าหมาย
ได้แก่ เทศบาลตำบลช่อแฮ และองค์การบริหารส่วนตำบลร่องพ่อง ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายระหว่าง
เดือนมิถุนายน - สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ได้สนับสนุนชุดตรวจ
คัดกรองประกอบด้วยวัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสำหรับดำเนินกิจกรรมตามโครงการ ฯ สำหรับ
เทศบาลตำบลช่อแฮ จำนวน ๘๐๐ ชุด องค์การบริหารส่วนตำบลร่องพ่อง จำนวน ๗๐๐ ชุด ประกอบด้วย
รายการดังนี้

- ๑.หลอดเก็บเลือดสุญญากาศชนิด EDTA tube ๓.๐ ml
- ๒.เข็มฉีดยาปราศจากเชื้อชนิดใช้ครั้งเดียว เบอร์ ๒๑ G x ๑.๕ นิ้ว
- ๓.กระบอกฉีดยาพลาสติก ขนาด ๕ ml
- ๔.สำลีก้อน ๑ ท่อ
- ๕.ชุดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี
- ๖.ชุดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชงร วินัยพานิช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทร. ๐ ๕๔๕๑ ๑๑๔๕ ต่อ ๒๐๗
โทรสาร ๐ ๕๔๕๒ ๓๓๑๓

(นายต่อพงษ์ ทับทิมโต)
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

นางวันรัตน์ สุทธิดี

ส่งมอบ ท้องถิ่นจังหวัดแพร่
= ๑๗๖๖ ของกรมควบคุมโรค
11/๖ กคช. 20115 / 11๓๐๗๖๐๗๖
ดำเนินการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัส
ตับอักเสบบี และ ซี
- 1๗๖๖๗๖๗๖ กคช. 20115
มีผลครบถ้วนในการส่งมอบ

กรมควบคุมโรคติดต่อ
 รับที่ ๐๓๑
 วันที่ 11 พ.ค. 2566
 เวลา 13.15 น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 รับที่ 5225
 วันที่ 11 พ.ค. 2566
 เวลา 12.23 น.

ที่ สธ ๐๔๑๓.๑๒/๑๓๕๐

กรมควบคุมโรค
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือดำเนินโครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวน ๑ แผ่น
 ๒. แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวน ๓ แผ่น

ตามที่กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีภารกิจสำคัญในการ
 ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุข โดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบี
 ตับแข็ง และมะเร็งตับ อันมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยในปี ๒๕๖๖ มีกิจกรรมที่สำคัญคือ
 เร่งรัดการค้นหา และตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงให้ทราบสถานการณืติดเชื้อ
 ของตนเองและสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ โดยบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานในสังกัดองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานจัดบริการและจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
 กับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก เพื่อให้กลุ่ม
 ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยงในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ นั้น

กรมควบคุมโรค จึงขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานแจ้งหน่วยงานสังกัด
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ร่วมดำเนินโครงการในปี ๒๕๖๖ ดำเนิน
 โครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาใน
 พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ๒๕๖๖ เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อให้ได้รับการ
 ตรวจคัดกรองหรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการช่วยลดการแพร่เชื้อและลดโอกาสป่วย
 ด้วยโรคตับอักเสบริ้รจากไวรัสตับอักเสบบี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความร่วมมือและประสานแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
 ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ชน นพ ส.สจ.แพร่
 - ส่งไปตรวจภาค
 - กวดร รอตามไลน์
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค
 - ส่งไปตรวจภาค

ขอแสดงความนับถือ

(นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร)
 รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมควบคุมโรค

(นายชจร วินัยพานิช)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

10/6/66

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๒๑๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๑๓



QR code แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี
ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา
ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน.....
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง 3. เพศทางเลือก (ระบุ).....
3. วัน เดือน ปี เกิด/...../.....
4. สัญชาติ 1. ไทย 2. ลาว 3. เมียนมาร์
 4. กัมพูชา 5. เวียดนาม 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. อายุปี
6. อาชีพ
7. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่า 4. อื่น ๆ ระบุ.....
8. โรคประจำตัว 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
9. เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 โรคไวรัสตับอักเสบบี

1. ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่เคยตรวจ เคยตรวจ เมื่อ.....
2. ประวัติการได้รับวัคซีน ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ เมื่อ..... ไม่แน่ใจ
3. ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี
 - 1. เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535
 - 2. ใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว
 - 3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 4. เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนปี 2535
 - 5. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2535
 - 6. เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 7. เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคนโดยไม่ได้ป้องกัน
 - 8. เคยมีคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส (คู่นอน) บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี
 - 9. เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฟิงเช็ม ในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล
 - 10. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน
 - 11. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่
 - 12. เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น
4. ผลการตรวจหาการติดเชื้อ
 - 4.1. การตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
 - Negative (ผลลบ) Positive (ผลบวก)
 - 4.2. การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBs) *(เฉพาะเจาะจงเฉพาะ HBsAg เป็นลบ)*
 - Negative (ผลลบ) Positive (ผลบวก)
5. การรับวัคซีน *(เฉพาะกรณีมีผลตรวจ HBsAg เป็นลบ Anti-HBs เป็นลบ)*
 - ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
 - ได้รับ เข็มที่ 1 วันที่..... Lot No. Exp.
 - เข็มที่ 2 วันที่..... Lot No. Exp.
 - เข็มที่ 3 วันที่..... Lot No. Exp.

6. การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (เฉพาะกรณีที่มีการตรวจ HBsAg เป็นลบ)
- ส่งต่อเข้ารับการรักษา สถานบริการ.....
- ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา ระบุสาเหตุ.....

ส่วนที่ 3 โรคไวรัสตับอักเสบ ซี

1. ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ไม่เคยตรวจ เคยตรวจ เมื่อ.....
2. ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
1. ประชาชนที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 ทุกคน
2. เคยใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว
3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนพ.ศ. 2535
5. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนพ.ศ. 2535
6. เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
7. เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคนโดยไม่ได้ป้องกัน
8. เคยมีคู่นอน (คู่นอน) เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี
9. เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฝังเข็ม ในสถานที่ ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล
10. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน
11. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่
12. เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น
3. ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV)
- Negative (ผลลบ) Positive (ผลบวก)
4. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (เฉพาะกรณีที่มีการตรวจ Anti-HCV เป็นลบ)
- ไม่ได้ตรวจ ได้ตรวจ
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- ผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี
- Not detected (ไม่พบเชื้อ)
- Detected (พบเชื้อ)
5. การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (เฉพาะกรณีที่มีการตรวจ Anti-HCV เป็นลบ)
- ส่งต่อเข้ารับการรักษา สถานบริการ.....
- ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา ระบุสาเหตุ.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผู้รายงาน

1. ผู้สัมภาษณ์..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....
2. ผู้รายงานผลการตรวจ..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....



QR code แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี