



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
 สบอ. 9 (อุบลราชธานี)
 เลขที่รับ 1292
 วันที่ 1 ก.ค. 65

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ส่วนอำนวยการ โทร. ๐ ๔๕๓๑ ๑๖๗๗ ต่อ ๒๐๒
 ที่ ทส ๐๙๑๙.๑๐๑/ ๕๖๐๕ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการส่วนทุกส่วน
 หัวหน้ากลุ่มทุกกลุ่ม
 หัวหน้าศูนย์ทุกศูนย์

สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ขอส่งสำเนาหนังสือ มาเพื่อทราบ จำนวน ๒ เรื่อง ดังนี้

- หนังสือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี ที่ สข.อบ.ว ๓๒๕/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ขอเชิญร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕
- หนังสือศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ที่ สธ ๐๙๒๐.๑๑/ว ๑๐๔๒ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพประจำปี

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
 ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

① ดิฉัน เห็นหนังสือ
 - ให้นำมาลงพื้นที่ในส.ป.ร.
 ทางทท.dmp๑.com
 - อิงเพื่อนมาเพื่อไปรทท
 (นางเจริฎพร จิรมงคลการ)
 พนักงานธุรการ ส.3

② - ทบทวน/แจ้งจรรยาบรรณ
 - อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

(นางนพมาศ แก้วพรมชัย)
 นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการ
 หัวหน้าศูนย์สารสนเทศและการสื่อสาร

หน้าห้อง ผอ.ชบ.ว.
เลขที่รับ 9523
วันที่/เวลา 26 ก.ค. 2565
ส่งคืนแก้ไข
รับคืน



ส่วนอำนวยการ
เลขที่รับ 3959
วันที่รับ 25.7.2565
เวลา

เลขที่รับ 15985
วันที่รับ 25 ก.ค. 2565

ที่ ลช.อบ.ว ๓๒๕ /๒๕๖๕

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อป ๓๔๐๐๐

๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษาพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๑

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

ด้วยเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้จัดกิจกรรมบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษาพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ด้วยสำนักในพระมหากษัตริย์คุณที่พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระวิริยะอุตสาหะ มุ่งมั่นปฏิบัติพระราชกรณียกิจนานัปการ เพื่อประเทศชาติและประชาชนชาวไทย ในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่อาณาประชาราษฎร์ โดยกำหนดจัดกิจกรรมในวันพฤหัสบดีที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๑ และ ๒ ชั้น ๖ อาคาร ๕๐ พระราม มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ที่ร่วมบริจาคโลหิตจะได้รับของที่ระลึกแทนค่าขอบคุณ (จำนวนจำกัด)

ในการนี้ เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานีและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงขอเชิญชวนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนร่วมบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ ในวันและเวลาดังกล่าว เพื่อความสะดวกเรื่องนัดหมายช่วงเวลาที่มาร่วมกิจกรรม รวมทั้งจัดหาที่จอดรถแก่หน่วยงาน สามารถประสานมาล่วงหน้าได้ที่ นางสาวพัชยา บุญประสิทธิ์ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๔๕๓๙ ๘๙๙๔ นางสาวสุภัทรา อุปลาบัติ กลุ่มงานธนาคารเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๓๖๐ ๕๙๓๒

๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

๑) เรียน ผอ.สำนักงาน

๒) เสนอแนะเรื่อง วันและเวลา

๓) โปรดทราบเรื่อง

<input checked="" type="checkbox"/> อก.	<input type="checkbox"/> อข.	<input type="checkbox"/> กม.
<input type="checkbox"/> จท.	<input type="checkbox"/> สป.	<input type="checkbox"/> สท.
<input type="checkbox"/> พป.	<input type="checkbox"/> ดน.	<input type="checkbox"/> ปจ.
<input type="checkbox"/> พอ.	<input type="checkbox"/> วก.	<input type="checkbox"/> ปต.
<input type="checkbox"/> ศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		

นายรักษพล ใต้ตรึงศิลป์

(พนักงานธุรการ ระดับ ส๓)

พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางจิตรา ชลิมพุช)

(นางศลิษา ภิรมย์รัตน์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
(นางสาวมณฑิรา บุตรสวัสดิ์)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๒๔ ๔๘๒๑

(นางสาวสุชญญา ป้องขาลี)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

26 ก.ค. 2565

๕

• ดำเนินการ
• ลงนามแล้ว

26 ก.ค. 65

(Signature)

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)
นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ

ราชาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต

1. อายุ 17 ปี บริบูรณ์ - 70 ปี และสำหรับผู้ที่มีอายุ 17 ปี ไม่ถึง 18 ปี ต้องมีเอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง
2. ผู้บริจาคโลหิตเป็นครั้งแรก ถ้าอายุเกิน 55 ปี - 60 ปี ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์หรือพยาบาล
3. ผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 60 ปี - 70 ปี แบ่งเกณฑ์การคัดเลือกตามอายุ 2 ช่วง ดังนี้
 - 3.1 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 60 ปี จนถึง 65 ปี
 - 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตประจำมาโดยตลอดจนกระทั่งอายุ 60 ปี
 - 2) บริจาคโลหิตได้ไม่เกินปีละ 3 ครั้ง คือทุก 4 เดือน
 - 3) ตรวจ Complete Blood Count (CBC), Serum Ferritin (SF) ปีละ 1 ครั้ง เพื่อประกอบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทั่วไป และสำหรับแพทย์ให้ผลการตรวจ SF ในการติดตามและปรับการให้ธาตุเหล็กทดแทน
 - 3.2 ผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 65 ปี จนถึง 70 ปี
 - 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตต่อเนื่องสม่ำเสมอในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จนถึง 65 ปี
 - 2) บริจาคโลหิตได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง คือทุก 6 เดือน
 - 3) ต้องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยแพทย์หรือพยาบาล ของธนาคารเลือดหรือหน่วยงานรับบริจาคโลหิตซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิต
 - 4) ตรวจ CBC และ SF ปีละ 1 ครั้ง
4. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอในเวลาปกติของตนเองในคืนก่อนวันที่มาบริจาคโลหิต
5. ไม่มีอาการท้องเสียท้องร่วงใน 7 วันที่ผ่านมา
6. ไม่อยู่ในช่วงน้ำหนักลดผิดปกติอย่างรวดเร็วในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ
7. สตรีไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และไม่มีการคลอดบุตรหรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
8. หากรับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาแก้ปวดอื่นๆ ต้องหยุดยามาแล้ว 3 วัน ถ้าเป็นยาแก้แอสเสบหรือยาอื่นๆ ต้องหยุดยามาแล้ว 7 วัน
9. ไม่เป็นโรคหอบหืด โรคผิวหนังเรื้อรัง วัณโรค หรือภูมิแพ้อื่นๆ
10. ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ตับ ไต มะเร็ง ไทรอยด์ โลหิตออกง่าย - หยุดยาก หรือโรคประจำตัวอื่นๆ
11. หากถอนฟัน อดฟัน ขูดหินปูนหรือรักษารากฟัน ต้องทิ้งระยะอย่างน้อย 3 วัน
12. หากเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ต้องเกิน 6 เดือน ผ่าตัดเล็กต้องเกิน 1 เดือน
13. ท่านหรือคู่ครองของท่านต้องไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์
14. ต้องไม่มีประวัติยาเสพติดหรือเพิ่งพันโทษ ต้องเกิน 3 ปี และมีสุขภาพดี
15. หากเจาะหู สัก ลบรอยสักหรือฝังเข็มในการรักษา ต้องเกิน 1 ปี
16. หากมีประวัติเจ็บป่วยและได้รับโลหิตของผู้อื่น ต้องเกิน 1 ปี
17. หากมีประวัติเป็นมาลาเรีย ถ้าเคยเป็นต้องหายมาแล้วเกิน 3 ปี หากเคยเข้าไปในเขตพื้นที่ที่มีมาลาเรียชุกชุม ต้องทิ้งระยะอย่างน้อย 1 ปี จึงบริจาคโลหิตได้
18. ต้องไม่ได้รับวัคซีนในระยะ 14 วัน หรือเซรุ่มในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา
19. ก่อนบริจาคโลหิตต้องรับประทานอาหารให้เรียบร้อย หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ของทอด ของหวาน แอ่งกะทิต่างๆ

การเตรียมตัวก่อน - หลัง

ก่อนบริจาคโลหิต

1. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในเวลาอนปกติของตนเองในคืนก่อนวันที่จะมาบริจาคโลหิต
2. สุขภาพสมบูรณ์ทุกประการ ไม่เป็นไข้หวัด หรืออยู่ระหว่างรับประทานยาแก้อักเสบใดๆ
3. รับประทานอาหารมื้อหลักก่อนมาบริจาคมาบริจาคโลหิต หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ประกอบด้วยกะทิ แอ่งต่างๆ ของทอด ของหวาน ฯลฯ เนื่องจากจะทำให้สีของพลาสมาผิดปกติ เป็นสีขาวขุ่น ไม่สามารถนำไปใช้ได้
4. ดื่มน้ำ 3-4 แก้ว และเครื่องดื่มเหลวเพิ่ม เช่น น้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เพื่อเพิ่มปริมาตรโลหิตในร่างกาย จะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น มึนงง อ่อนเพลีย หรือเวียนศีรษะภายหลังบริจาคโลหิต
5. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนมาบริจาคโลหิตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
6. งดสูบบุหรี่ก่อนและหลังบริจาคโลหิต 1 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดพอกโลหิตได้ดี

ขณะบริจาคโลหิต

1. ไม่สวมใส่เสื้อผ้าที่แขนคับเกินไป สามารถดึงขึ้นเหนือข้อศอกได้อย่างน้อย 3 นิ้ว
2. เลือกแขนข้างที่เส้นโลหิตดำใหญ่ชัดเจน ที่สามารถให้โลหิตไหลลงถุงได้ดี ผิวหนังบริเวณที่จะเจาะไม่มีผื่นคันหรือรอยเขียวช้ำ ถ้าแพทย์หาตำแหน่งเช่นแอลกอฮอล์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบล่วงหน้า
3. ทำตัวตามสบาย อย่ากลัว หรือวิตกกังวล
4. ไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาคโลหิต
5. ขณะบริจาคควรบีบลูกยางอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้โลหิตไหลได้สะดวก หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น วิงเวียน มีอาการคล้ายจะเป็นลม อากาศชา อาการเจ็บที่ผิดปกติ ต้องรีบแจ้งให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในบริเวณนั้นทราบทันที
6. หลังบริจาคโลหิตเสร็จเรียบร้อยนอนพักบนเตียงสักครู่ ห้ามลุกจากเตียงทันที อาจทำให้เวียนศีรษะ เป็นลมได้ ให้นอนพักสักครู่จนกระทั่งรู้สึกสบายดี จึงลุกไปดื่มน้ำและรับประทานอาหารว่างที่จัดไว้รับรอง

หลังบริจาคโลหิต

1. ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีบริการให้ ดื่มน้ำมากกว่าปกติเป็นเวลา 1 วัน
2. หลีกเลี่ยงการทำขาวน่า หรือออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมากๆ งดใช้กำลังแขนข้างที่เจาะ รวมถึงการหัวของหนักๆ เป็นเวลา 12 ชั่วโมง ภายหลังการบริจาคโลหิตเพื่อป้องกันการบวมซ้ำ
3. ไม่ควรรีบร้อนกลับ ควรนั่งพักจนแน่ใจว่าเป็นปกติ หากมีอาการเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม หรือรู้สึกผิดปกติ ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที
4. ถ้ามีโลหิตซึมออกมาจากรอยผ้าปิดแผลอย่าตกใจ ให้ใช้นิ้วมืออีกด้านหนึ่งกดลงบนผ้าก๊อช กดให้แน่นและยกแขนสูงไว้ประมาณ 3 - 5 นาที หากยังไม่หยุดซึมให้กลับมายังสถานที่บริจาคโลหิตเพื่อพบแพทย์หรือพยาบาล
5. ผู้บริจาคโลหิตที่ทำงานป็นปายที่สูง หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ควรหยุดพัก 1 วัน
6. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และรับประทานยาธาตุเหล็กที่ได้รับวันละ 1 เม็ด จนหมด เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก

การให้ความช่วยเหลือ ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้บริจาคโลหิต



“กรณีมีสิทธิพื้นฐาน เช่น บัตรทอง บัตรข้าราชการ และประกันสังคม ให้ใช้สิทธินั้นก่อน”



โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



สถานพยาบาลที่ ฝ่ายบริการและพัฒนากฎหมาย สำนักงานประกันกระทรวงสาธารณสุข โทร. 0 2690 1435

พ.ศ. ๒๕๖๓ ๕๙



ช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ
และค่าอาหารพิเศษ
ตามสิทธิที่สามารถเบิกได้
จากหน่วยงานต้นสังกัดก่อน
ส่วนที่เกินสิทธิให้เรียกเก็บ 50%



ช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ
และค่าอาหารพิเศษ
เรียกเก็บ 50%
ของอัตราที่กำหนดไว้



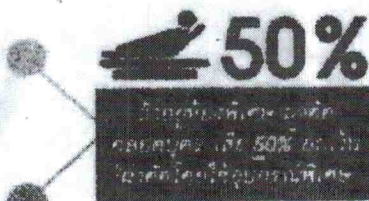
โรงพยาบาลในสังกัดสภาวิชาชีพ



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สถานพยาบาลที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทร. 0 2256 4300, 0 2263 9600-99 ต่อ 1760, 1761

พ.ศ. ๒๕๖๓ ๕๙



เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
ประเภทผู้ป่วยสามัญ



ออกเงินค่ารักษาพยาบาล
ประเภทผู้ป่วยสามัญ

เงื่อนไขการขอรับความช่วยเหลือ



ผู้บริจาคโลหิต
ต้องเข้ารับการรักษากับ
แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง



นำบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต
มาขอหนังสือรับรองสิทธิ์

- ☑ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (กรุงเทพฯ)
- ☑ ภาพบริการโลหิตแห่งชาติ และรพ.สาขาบริการโลหิต (ต่างจังหวัด)



หนังสือรับรอง
นำไปขอหย่อน
การรักษาพยาบาล
เกินครึ่งๆไป

พิด ทหารอาสาสมัคร



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society



พิดทหารอาสาสมัครชั้นที่ 1
(พระทูลกระหม่อมฯ 100 ครั้ง)

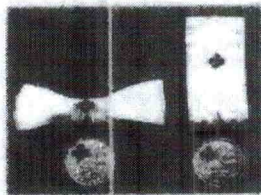


พิดทหารอาสาสมัครชั้นที่ 2
(พระทูลกระหม่อมฯ 75 ครั้ง)

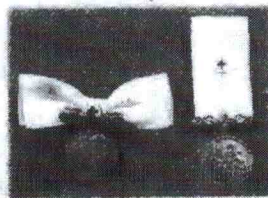


พิดทหารอาสาสมัครชั้นที่ 3
(พระทูลกระหม่อมฯ 50 ครั้ง)

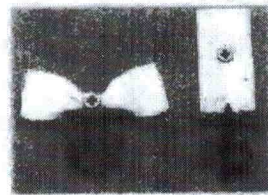
เหรียญ ทหารอาสาสมัคร



เหรียญทหารอาสาสมัครชั้นที่ 1
(บริจจาคโลหิต 100 ครั้ง)
(หน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตด้วย 8,000 ชุดขึ้นไป
หรือหน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตไม่เกิน 8 ปี)



เหรียญทหารอาสาสมัครชั้นที่ 2
(บริจจาคโลหิต 75 ครั้ง)
(หน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตด้วย 6,000 ชุดขึ้นไป
หรือหน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตไม่เกิน 6 ปี)



เหรียญทหารอาสาสมัครชั้นที่ 3
(บริจจาคโลหิต 50 ครั้ง)
(หน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตด้วย 2,000 ชุดขึ้นไป
หรือหน่วยชานชาลาบริจจาคโลหิตไม่เกิน 4 ปี)

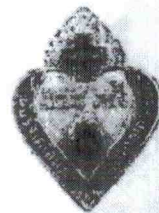
เข็ม ที่ระลึกบริจจาคโลหิต



84 ครั้ง



96 ครั้ง



108 ครั้ง



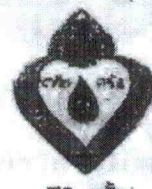
36 ครั้ง



48 ครั้ง



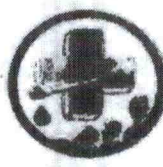
60 ครั้ง



72 ครั้ง



1 ครั้ง



7 ครั้ง



16 ครั้ง



24 ครั้ง



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และสาขาบริการโลหิตทั่วประเทศ

ณ อีอีพาร์ค จักรพงษ์ กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2263 9600-99 ต่อ 1770, 1771 โทรสาร 0 2255 5558 www.blooddonationthai.com www.redcross.or.th

ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต

กลุ่มงานธนาคารเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เลขที่บัตรผู้บริจาคโลหิต.....บริจาคครั้งที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน -

- ญาติ
 ถิ่นบัตร
 บัตรหาย

วันที่บริจาค..... ชื่อ.....สกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก. สถานะภาพ <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย/ถนน..... บ้าน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อาชีพ.....	สำหรับเจ้าหน้าที่ ความดัน.....ม.ม.ปรอท..... ความเข้มข้นของเลือด (Hb hemocue).....mg/dL <input type="radio"/> บริจาคโลหิตได้ <input type="radio"/> บริจาคโลหิตไม่ได้ สาเหตุ..... ลงชื่อผู้เจาะ.....ลงชื่อผู้เก็บ..... <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">หมู่เลือด ABO</td> <td style="width: 15%;">Rh</td> <td colspan="5" style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">Unit Number</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="width: 15%;">SDP</td> <td style="width: 15%;">Triple</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">Quadruple</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">350ml</td> <td style="text-align: center;">450ml</td> <td style="text-align: center;">QP/450ml</td> <td style="text-align: center;">QB/450ml</td> <td style="text-align: center;">T/450ml</td> </tr> </table>	หมู่เลือด ABO	Rh	Unit Number							SDP	Triple	Quadruple				350ml	450ml	QP/450ml	QB/450ml	T/450ml
หมู่เลือด ABO	Rh	Unit Number																			
		SDP	Triple	Quadruple																	
		350ml	450ml	QP/450ml	QB/450ml	T/450ml															

ผู้บริจาคโลหิตกรุณาขีดเครื่องหมาย ในช่อง ตามความเป็นจริง เพื่อความปลอดภัยของตัวท่านเอง และผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน หากไม่มั่นใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณางดบริจาคโลหิต บริจาคโลหิตครั้งแรก ผู้บริจาคโลหิตประจำ

ข้อ	สำหรับผู้บริจาคโลหิต	ใช่	ไม่ใช่	ข้อ	สำหรับผู้บริจาคโลหิต	ใช่	ไม่ใช่
1	อายุ 18-60 ปี น้ำหนัก 45 ขึ้นไป (อายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง)			10	เป็นโรคหอบหืด ลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง ไส้เรื้อรัง หรือวัณโรค หรือภูมิแพ้ใดๆ(ระบุ).....		
2	เคยบริจาคโลหิต ครบ 3 เดือน			11	เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์ มะเร็ง โรคโลหิตออกง่าย-หยุดยาก หรือโรคอื่นๆ.....		
3	สุขภาพสมบูรณ์ หรือที่จะบริจาคโลหิต นอกถนัดเพียงพอ (6 ชั่วโมงขึ้นไป) และรับประทานอาหารตามมือแล้ว			12	มีอาการมีเนื้องอกจากการดื่มแอลกอฮอล์		
				13	ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือน หรือผ่าตัดเด็ก ภายใน 1 เดือน ที่ผ่านมา.....		
4	ท่านหรือผู้ของท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับผู้อื่นที่ไม่ใช่สามีภรรยาหรือผู้ของท่าน หรือ ท่านเป็นผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย			14	ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนและรักษารากฟัน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา.....		
5	น้ำหนักลดในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ			15	เคยมีประวัติติดยาเสพติด หรือเพิ่งฟื้นโทษในระยะ 3 ปี		
6	เคยเป็นโรคตับอักเสบหรือมีคนในครอบครัวเป็น หรือโรคประจำตัวอื่นๆ(ระบุ).....			16	เคยเจ็บป่วยต้องรับโลหิตของผู้อื่นในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
				17	เจาะหู ฉีก อมรอยฉีก ผ่าเข็บ ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา		
7	รับประทานยาแอสไพริน อากหลายกล้ามเนื้อ หรือยาแก้ปวดข้อภายใน 3 วันที่ผ่านมา			18	รับประทานยาปฏิชีวนะ หรือยาแก้อักเสบ ภายใน 14 วัน		
				19	เข้าไปในพื้นที่ ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุมในระยะ 1 ปี หรือป่วยเป็นมาลาเรียในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา		
8	ท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา			เฉพาะสุขภาพสตรี			
9	ฉีดวัคซีน บาดทะยัก ใช้หวัด ภายใน 1 สัปดาห์ หรือวัคซีนอื่น ภายใน 2 เดือน หรือฉีดเซรุ่มในระยะ 1 ปี			20	อยู่ในระหว่างมีรอบเดือน		
				21	คลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
การบริจาคโลหิตจะให้ปริมาณบรรพบุรุษโลหิต ดังนี้				22	อยู่ในระยะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร		
1.ไว้วัดหนึ่งหน่วย 2.ไว้วัดครึ่งหน่วย 3.เพื่อใช้รักษาโรค 4.เพื่อไว้ทดลอง							

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้แก่งานธนาคารเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ด้วยความสมัครใจ ไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้นขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ระบุไว้เป็นความจริง ข้าพเจ้าขอรับสิทธิของข้าพเจ้าและญาติไปดำเนินการทั้งหมด ผู้ป่วยยินยอมให้ตนมีอำนาจหากไม่ปฏิบัติตามข้อ 1-4 ของใบสมัครนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อ 1-4 ของใบสมัครนี้ หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

๓/๖ 18/๖3-2363

ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
Please answer the questionnaire truthfully to prevent the spread of Infection

แบบคัดกรองตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัส COVID-19
Self-screening to assess the risks of COVID-19 virus transmission

1. เพศ / Gender ชาย / Male หญิง / Female

2. อายุ / Age ปี / yrs.

3. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่? Do you have any of these symptoms?

- ไข้ / Fever ไอ / Cough เจ็บคอ / Sore throats
 น้ำมูกไหล / Runny nose หายใจลำบาก / Shortness of breath
 ไม่มีอาการเหล่านี้ / None of these symptoms

4. ท่านเดินทางมาจาก/ ผ่านประเทศที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ หรือไม่?

Did you travel from/ transit countries which have COVID-19 outbreak within the past 4 weeks?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

จากประเทศ / from

พักอยู่ในประเทศนั้นกี่วัน How long did you stay?day(s)

เดินทางกลับมานานกี่วัน How long have you left there?day(s)

5. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่?

Did you contact with suspected COVID-19 virus patients within the past 4 weeks?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

6. ท่านได้หายจากเชื้อไวรัส COVID-19 Have you recovered from COVID-19 virus infection?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

เป็นเวลา / for สัปดาห์ / weeks

ขอขอบคุณในความร่วมมือ - Thank you for your cooperation

เลขที่: 9524
 วันที่: 26 ก.ค. 2565
 ส่งคืนให้: _____
 รับคืน: _____
 ที่ สธ ๐๙๒๐.๑๑/ว ๑๐๔๖



ส่วนอำนวยการ
 เลขที่รับ: 3956
 วันที่: 25 ก.ค. 2565

ฉบับบริการที่เลขที่: ๕ (เลขตราออก)
 เลขที่รับ: 15494
 วัน เดือน ปี: 25 ก.ค. 2565
 หมายเหตุ: _____

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
 ๔๕ หมู่ ๔ ถนนสถลมารค
 ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ
 จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้จัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี ให้กับหน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน ประชาชนทั่วไป ทั้งในและนอกสถานที่ เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

ในการนี้ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี จึงขอเชิญหน่วยงานท่านเข้าร่วมตรวจสุขภาพประจำปี หากหน่วยงานประสงค์ตรวจสุขภาพกับศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี กรุณาติดต่อ คุณศิรินภา สายชนะ และส่งรายชื่อบุคลากรในหน่วยงานที่ประสงค์จะตรวจสุขภาพ ทั้งนี้โปรดระบุชื่อผู้ประสานงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อความสะดวกในการนัดหมายตรวจสุขภาพประจำปีต่อไป ดังเอกสารแนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ต่อไป จะเป็นพระคุณ

อก. อช. กม.
 จท. สป. ศส.
 ฟป. ดน. ปจ.
 ฟอ. วก. สส.
 ศูนย์สาธารณสุขเขต
 (นางจิตรา ชลัมพูช)

ขอแสดงความนับถือ

(นางสิริทิพย์ ศิริโสภาคย์)

สำนักงานธุรการชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ
 QR CODE รายละเอียดการตรวจสุขภาพประจำปี



กลุ่มการพยาบาล งานการตลาด

โทรศัพท์ ๐๔๕ - ๖๓๖๖๕๒๖, ๐๘๘-๕๘๑๘๓๐๔

ผู้ประสานงาน นางสาวศิรินภา สายชนะ

E-mail Anamai10center@gmail.com

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ) รักษาการแทน

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๕ - ตำแหน่งการ
 - ลงนามแล้ว

๑) เรือง พอ-ฉันทกุล
 ✓ - เพ็ญดา แจ่มแจ้ง ฉันทกุล
 - ปรอดรณ แสงฉัตรพวงงาม

26 ก.ค. 2565

นายรักษพล โคตรมงคล

(พนักงานธุรการ ระดับ ส๓)

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ

รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๑

26 ก.ค. 2565

(นางสาวมณฑิรา บุตรสวัสดิ์)

เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป (นางสาวสุชญญา ป้องชาติ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ
 26 ก.ค. 2565

โปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ข้าราชการและลูกจ้างประจำอายุ น้อยกว่า 35 ปี

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
1.	การเอกซเรย์ทรวงอก	170
2.	การตรวจปัสสาวะ	50
3.	การตรวจอุจจาระ	70
4.	การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	90
5.	การตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (สำหรับสุภาพสตรี)	200
รวม เพศชาย = 380 บาท / เพศหญิง = 580 บาท		

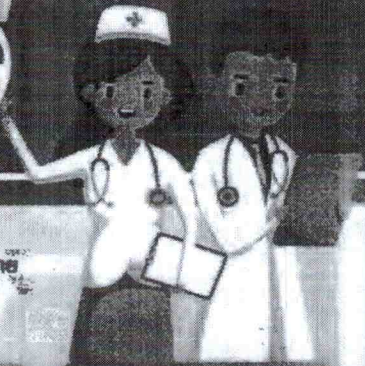
ข้าราชการและลูกจ้างประจำอายุ มากกว่า 35 ปี

ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
1.	การเอกซเรย์ทรวงอก	170
2.	การตรวจปัสสาวะ	50
3.	การตรวจอุจจาระ	70
4.	การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	90
5.	ตรวจน้ำตาลในเลือด	40
6.	ตรวจไขมันชนิดโคเลสเตอรอล	60
7.	ตรวจไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์	60
8.	ตรวจการทำงานของตับ	150
9.	ตรวจการทำงานของไต	100
10.	ตรวจภาวะเสี่ยงต่อโรคเก๊าท์	60
11.	การตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (สำหรับสุภาพสตรี)	200
รวม เพศชาย = 850 บาท / เพศหญิง = 1,050 บาท		

สุขภาพดีไม่มีขาย อยากรู้ต้องดูแลตนเอง



สิทธิประกันสังคม ตรวจสุขภาพประจำปี ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



***เข้าใจว่าหลายท่านคงทราบว่าสิทธิประกันสังคมสามารถใช้ตรวจสุขภาพประจำปีได้ โดยไม่ต้องชำระค่าใช้จ่าย แต่การตรวจสุขภาพจะครอบคลุมมากน้อยเพียงใดและมีเงื่อนไขอะไรบ้างนั้น เรามาดูกันเลย

ตรวจร่างกายตามระบบ

1. การคัดกรองการได้ยิน (Finger Rub Test)
2. การตรวจด้านมโดยแพทย์หรือนุคสากรสาธารณสุข
3. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์
4. การตรวจวัดสายตาด้วยสาย Snellen Eye Chart

ช่วงอายุ

- อายุ 15 ปีขึ้นไป
- อายุ 30-39 ปี
- อายุ 40-54 ปี
- อายุ 55 ปีขึ้นไป
- อายุ 40-54 ปี
- อายุ 55 ปีขึ้นไป
- อายุ 55 ปีขึ้นไป

ความถี่

- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจทุก 3 ปี
- ตรวจได้ทุกปี
- ตรวจตามความเสี่ยง
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจทุก ๆ 1-2 ปี
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab)

1. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC
2. ตรวจปัสสาวะ UA
3. ตรวจน้ำตาลในเลือด FBS
4. การทำงานของไต Cr
5. โภมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL Cholesterol

ช่วงอายุ

- อายุ 18-54 ปี
- อายุ 55-70 ปี
- อายุ 55 ปีขึ้นไป
- อายุ 35-54 ปี
- อายุ 55 ปีขึ้นไป
- อายุ 50 ปีขึ้นไป
- อายุ 20 ปีขึ้นไป

ความถี่

- ตรวจได้ 1 ครั้ง
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจทุก 3 ปี
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจทุก 5 ปี

การตรวจอื่น ๆ

1. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBs Ag
2. มะเร็งปากมดลูกแบบ Pap Smear
3. ตรวจมะเร็งปากมดลูกวิธี VIA
4. ตรวจเลือดในอุจจาระ FOBT
5. การเอกซเรย์ทรวงอก Chest X-ray

ช่วงอายุ

- สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ.2535
- อายุ 30-54 ปี
- อายุ 55 ปีขึ้นไป
- อายุ 30-54 ปีขึ้นไป
- อายุ 50 ปีขึ้นไป
- อายุ 15 ปีขึ้นไป

ความถี่

- ตรวจได้ 1 ครั้ง
- ตรวจทุก 3 ปี
- ตรวจตามความเหมาะสม
- ตรวจทุก 5 ปี
- ตรวจ 1 ครั้งต่อปี
- ตรวจ 1 ครั้งตลอดชีพ

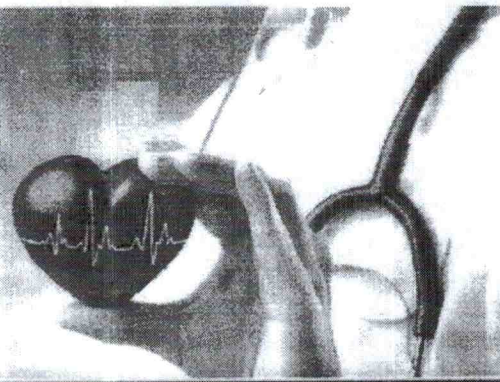
***ท่านที่ประสงค์ตรวจสุขภาพประจำปีโดยใช้สิทธิประกันสังคม ไม่ต้องเตรียมเอกสารใข้ข้งยาก เตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อผลการตรวจออกมาอย่างแม่นยำเช่น หากเจาะเลือดตรวจคออาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ตรวจไขมันในเลือดตรวจจะงดอาหารและน้ำ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง

***กรุณาตรวจสอบสิทธิก่อนการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง เพื่อดูรายการตรวจที่สามารถตรวจได้ แต่ถ้ต้องการตรวจเพิ่มเติมสามารถชำระเงินเอง



โปรแกรมตรวจพิเศษ

“สามารถเลือกตรวจได้
ตามความต้องการ”




ลำดับ	รายการ	ราคา (บาท)
1	ตรวจระดับไขมันดี HDL	100.-
2	ตรวจระดับไขมันเสีย LDL	150.-
3	หาเชื้อไวรัส ตับอักเสบ ซี HCV	300.-
4	หาเชื้อไวรัส ตับอักเสบ บี HBsAg	130.-
5	หากภูมิคุ้มกันไวรัส ตับอักเสบ บี HBsAb	180.-
6	ตรวจไทรอยด์ TSH /FT3 /FT4	600.-
7	มะเร็งในช่องท้อง CEA	280.-
8	มะเร็งตับ AFP	250.-
9	มะเร็งลำไส้ CA199	550.-
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (ชาย) PSA	300.-
11	มะเร็งรังไข่ (หญิง) CA125	550.-
12	มะเร็งเต้านม (หญิง) CA153	400.-
13	ตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง ชนิด Pap Smear	200.-
14	ตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง ชนิด Thin Pap	600.-
15	ตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง ชนิด HPV-PCR	1,600.-
16	ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	200.-
17	สุภาพบุรุษ (Testosterone)	540.-

***หากท่านประสงค์จะตรวจ จะต้องชำระเงินเพิ่มทุกรายการ ขอขอบคุณค่ะ

รายละเอียดวัคซีน

ราคา

1		ไขหวัดใหญ่	470-
2		ไวรัสตับอักเสบ B	280-
3		ไวรัสตับอักเสบ C	800-
4		มะเร็งปากมดลูก	2,600-
5		อีสุก อีใส	1,000-
6		คอติบ ไกกรณ บาทะยัก	700-
7		ATK RT-PCR	600- 2,200-

เชิญมาเป็นเพื่อนกับเรา >>>>>

เพื่อรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสาระดีๆที่จะนำมามอบให้ทุกท่าน ทุกวัน
ทันเหตุการณ์ สามารถนัดหมายการตรวจสุขภาพได้ที่นี้

๑. Page ตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
๒. Facebook ตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่สิบ
๓. Line ID ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลฯ
๔. E-mail Anamai10center@gmail.com



เชิญ Add มาเป็นเพื่อนกันเลยคะ ถูกใจให้ไปต่อ >>>

แบบตอบรับ

เพื่อแสดงความจำนงตรวจสุขภาพประจำปี

ชื่อหน่วยงาน ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

ผู้ประสานงานชื่อ โทรศัพท์หน่วยงาน ต่อ ..

โทรศัพท์มือถือ E-mail :

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ประเภท		ว/ด/ป เกิด	เลขบัตรประชาชน	หมายเหตุ
		ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

หมายเหตุ ตรวจสุขภาพประจำปี สามารถตรวจได้ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง ถ้าตรวจมากกว่านั้น จะต้องชำระเงินเอะ และไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้