## 

## **แบบรายงานผลการดำเนินงานสะสมรายสัปดาห์**

## **ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย**

**กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **พื้นที่ ............................................................** | **วันที่ ......../............./............** | | | **เวลา ..............................** |
| **1. สรุปผลการดำเนินงาน (อย่างย่อ)** | | | | |
| 1.1 องค์ประกอบทีม เจ้าหน้าที่สสม. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล | | | **จำนวน** .............คน | |
| 1.2 กลุ่มเป้าหมายที่ทีมลงรณรงค์หรือทำกิจกรรม | | |  | |
| □ ประชาชน | | | **จำนวน** .............คน | |
| □ แม่บ้าน/พนักงานทำความสะอาด | | | **จำนวน** .............คน | |
| □ นักเรียน | | | **จำนวน** .............คน | |
| □ ผู้สูงอายุ | | | **จำนวน** .............คน | |
| □ อื่น ๆ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล | | | **จำนวน** .............คน | |
| 1.3 ประเด็นการให้ความรู้และสาธิต  □ การล้างมือ □ การใช้หน้ากากอนามัย □ การใช้หน้ากากผ้า □ การทำความสะอาด  Social distancing  □ อื่น ๆ ระบุ....................................................................... | | | | |
| 1.4 ระบุจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแบบ Quick survey | | | **จำนวน** .............คน | |
| **2. ข้อสังเกต**  .............................................................................................................................................................................. | | | | |
| **3. ภาพประกอบการดำเนินงาน**  .............................................................................................................................................................................. | | | | |
| **4. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ**  .............................................................................................................................................................................. | | | | |
| **5. แผนการดำเนินงานต่อไป (ถ้ามี)**  .............................................................................................................................................................................. | | | | |
| **6. ชื่อแกนนำ/ผู้ประสาน** ...................................................... **เบอร์ผู้ประสาน** ................................................. | | | | |
| **7. ผู้รายงาน** ................................................................................. | | **เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ** ................................. | | |
| **8. หน่วยงาน** สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง 0 | | | | |