**แบบสรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ติดดาว 001

-1-

ชื่อ รพ.สต...................................................... ตำบล............................................อำเภอ............................................ จังหวัดราชบุรี

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค**  **ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ** | **รายละเอียดใส่เครื่องหมาย 🗹 ข้อมูลที่มีลงในช่อง ⬜** | |
| 1. รวบรวม และจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญในพื้นที่ชุมชน เช่น สถานที่จำหน่าย สถานที่ผลิต ร้านค้า รถเร่ ตลาดนัด ตลาดคลองถม เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน | **⬜** สถานที่ผลิตอาหาร จำนวน..........แห่ง  **⬜** สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง จำนวน........แห่ง  **⬜** ร้านค้า/ร้านชำ จำนวน........แห่ง  **⬜** ร้านอาหาร จำนวน........แห่ง  **⬜** ตลาดสด จำนวน........แห่ง  **⬜** คลินิก จำนวน........แห่ง | **⬜**  สถานที่ผลิตอาหาร primary GMP จำนวน........แห่ง  **⬜** ร้านขายยา จำนวน........แห่ง  **⬜** ตู้น้ำหยอดเหรียญ จำนวน........แห่ง  **⬜** แผงลอย จำนวน........แห่ง  **⬜** ตลาดนัด จำนวน........แห่ง  **⬜** สปา/นวดเพื่อสุขภาพ จำนวน........แห่ง |
| **⬜** ภาคีเครือข่าย (กลุ่ม ชมรม สื่อฯ) จำนวน........แห่ง | |
| 2. ตรวจสอบฉลาก การแสดงสรรพคุณบนฉลาก ลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ (สีและกลิ่น) ตลอดจนความเหมาะสมของบรรจุภัณฑ์ และการเก็บรักษา | **⬜** เกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ตรวจ...............รายการ ไม่ถูกต้อง................รายการ  **⬜** อาหาร ตรวจ..........รายการ ไม่ถูกต้อง...........รายการ **⬜** ยา ตรวจ............รายการ ไม่ถูกต้อง............รายการ  **⬜** เครื่องสำอาง ตรวจ.........รายการ ไม่ถูกต้อง...........รายการ  **⬜** วัตถุอันตราย ตรวจ........รายการ ไม่ถูกต้อง..........รายการ | |
| 3. ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น | **⬜** อาหาร ตรวจ............รายการ ตกมาตรฐาน.............รายการ **⬜** ยา ตรวจ........รายการ ตกมาตรฐาน............รายการ  **⬜** เครื่องสำอาง ตรวจ..............รายการ ตกมาตรฐาน............รายการ  **⬜** การสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยใช้ I Kit ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน...........รายการ | |
| **4.**การตรวจสถานประกอบการตามเกณฑ์มาตรฐาน | **⬜** บันทึกตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** ตรวจสถานที่ผลิตอาหาร primary GMP ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** ตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหาร ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** ตรวจร้านอาหารตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** ตลาดสด ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** ตลาดนัด ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ  **⬜** โรงอาหารในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก ตรวจ.........รายการ ไม่ผ่าน..............รายการ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค**  **ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ** | **รายละเอียดใส่เครื่องหมาย 🗹 ข้อมูลที่มีลงในช่อง ⬜**  -2- | |
| 5. เฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีข้อความบ่งบอกถึงความโอ้อวดเกินจริง และอาจเกิดอันตราย ตามเคเบิ้ลทีวี วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ และโบว์ชัว | ตรวจทั้งหมด.............รายการ ไม่ผ่าน.............รายการ | |
| ⬜ อาหาร ตรวจ..........รายการ ไม่ผ่าน..........รายการ  ⬜ ยา ตรวจ.............รายการ ไม่ผ่าน.............รายการ  ⬜ เครื่องสำอาง ตรวจ..........รายการ ไม่ผ่าน.........รายการ | ⬜ วัตถุอันตราย ตรวจ..........รายการ ไม่ผ่าน........รายการ  ⬜ เครื่องมือแพทย์ตรวจ......รายการ ไม่ผ่าน.......รายการ  ⬜ คลินิก ตรวจ..........รายการ ไม่ผ่าน.........รายการ |
| ⬜สปา/นวดเพื่อสุขภาพ ตรวจ........รายการ ไม่ผ่าน.........รายการ | |
| 6. เพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง และขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบเฝ้าระวัง ตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ให้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และผู้นำชุมชน เป็นต้น | จำนวน........................กิจกรรม  ชื่อกิจกรรม............................................................................................................................................................  ชื่อกิจกรรม............................................................................................................................................................  ชื่อกิจกรรม............................................................................................................................................................  ชื่อกิจกรรม............................................................................................................................................................ | |
| 7.มีการจัดทำแผน/โครงการที่มีกิจกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภค(คบส.)/อาหารปลอดภัย โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม (เช่น SRM, แผนสุขภาพชุมชน ฯ) | มีแผน/กิจกรรม/โครงการ จำนวน.........................แผน/กิจกรรม/โครงการ  ⬜ งานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน.........................แผน/กิจกรรม/โครงการ  ⬜ อาหารปลอดภัย จำนวน.........................แผน/กิจกรรม/โครงการ  ⬜ RDU (การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน.........................แผน/กิจกรรม/โครงการ | |
| 8. การรับเรื่องร้องเรียน/รับแจ้งปัญหา | จำนวนรับเรื่องร้องเรียน/รับแจ้งปัญหา........................เรื่อง  ⬜ จำนวนที่สามารถดำเนินการได้เอง .........เรื่อง ⬜ จำนวนเรื่องร้องเรียนที่ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ....................เรื่อง  ⬜ อาหาร .........เรื่อง ⬜ ยา .........เรื่อง ⬜ วัตถุอันตราย.........เรื่อง ⬜ เครื่องสำอาง .........เรื่อง  ⬜ เครื่องมือแพทย์.........เรื่อง ⬜ คลินิก .........เรื่อง ⬜สปา/นวดเพื่อสุขภาพ .........เรื่อง | |

ติดดาว 001

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**ทะเบียนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในชุมชน**

ติดดาว002

ชื่อ รพ.สต...................................................... ตำบล............................................อำเภอ............................................ จังหวัดราชบุรี

|  |  |
| --- | --- |
| **⬜ ทะเบียนสถานที่ผลิตอาหาร/สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง/ร้านขายยา** | **⬜ ทะเบียนสถานที่จำหน่าย(ร้านค้า/ร้านชำ)/ตู้น้ำหยอดเหรียญ** |
| **⬜ ทะเบียนสถานที่ผลิตอาหาร primary GMP** | **⬜ ทะเบียนร้านอาหาร/แผงลอย/ตลาดสด/ตลาดนัด** |
| **⬜ ทะเบียนคลินิก/สปา/นวดเพื่อสุขภาพ** | **⬜ ทะเบียนภาคีเครือข่าย (กลุ่ม ชมรม สื่อฯ)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อ - สกุล เจ้าของร้าน**  **/กลุ่ม ชมรม สื่อฯ** | **ชื่อร้าน**  **/กลุ่ม ชมรม สื่อฯ** | **เบอร์โทร**  **/ มือถือ** | **ที่อยู่** | **เวลาทำการ** | **พิกัด** | **รูปถ่ายหน้าร้าน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** : พิกัดและรูปถ่ายหน้าร้านทำเฉพาะคลินิก,ร้านขายยา,สถานที่ผลิตอาหาร GMP,สถานที่ผลิตอาหาร primary GMP

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**ทะเบียนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในชุมชน**

ติดดาว003

ชื่อ รพ.สต...................................................... ตำบล............................................อำเภอ............................................ จังหวัดราชบุรี

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⬜ ทะเบียนตลาดสด/ตลาดนัด** | | | | |  | |  |  |
|  | | | | |  | |  |  |
| **ลำดับที่** | **ชื่อตลาด** | **ที่ตั้ง** | **ชื่อ - สกุล เจ้าของตลาด** | | **ที่อยู่เจ้าของตลาด** | **เบอร์โทร**  **/ มือถือ** | **วัน เวลา จำหน่าย** |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบบันทึกการตรวจฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

ติดดาว004

**รพ.สต.................................................. อำเภอ............................................... จังหวัดราชบุรี**

วันที่.........เดือน..................................พ.ศ.....................

ชื่อร้าน.......................................................... ชื่อเจ้าของร้าน......................................................ที่อยู่.............................................................................เบอร์โทร.....................

⬜ อาหาร จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ฉลากถูกต้อง......................รายการ ฉลากไม่ถูกต้อง......................รายการ

⬜ เกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ฉลากถูกต้อง......................รายการ ฉลากไม่ถูกต้อง......................รายการ

⬜ ยา จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ฉลากถูกต้อง......................รายการ ฉลากไม่ถูกต้อง......................รายการ

⬜ เครื่องสำอาง จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ฉลากถูกต้อง......................รายการ ฉลากไม่ถูกต้อง......................รายการ

⬜ วัตถุอันตราย จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ฉลากถูกต้อง......................รายการ ฉลากไม่ถูกต้อง......................รายการ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อผลิตภัณฑ์** | **รูปผลิตภัณฑ์** | **ประเภทผลิตภัณฑ์** | **รายละเอียดที่ไม่ถูกต้อง** | **รายละเอียดที่มีเพื่อการสืบค้นข้อมูล** | |
| **ชื่อ/ที่อยู่ผู้ผลิต (กรณีไม่แสดงชื่อที่อยู่ให้สอบถามแหล่งที่มา)** | **เลข อย./เลขที่รับแจ้ง /ทะเบียนยา (ถ้ามี)** |
|  |  |  | ⬜ อาหาร  ⬜ เกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน  ⬜ ยา  ⬜ เครื่องสำอาง  ⬜ วัตถุอันตราย |  |  |  |
|  |  |  | ⬜ อาหาร  ⬜ เกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน  ⬜ ยา  ⬜ เครื่องสำอาง  ⬜ วัตถุอันตราย |  |  |  |

**หมายเหตุ :** บันทึกรายละเอียดในตารางเฉพาะรายการที่ตรวจพบว่าฉลากไม่ถูกต้อง ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น**

ติดดาว005

**รพ.สต.................................................. อำเภอ............................................... จังหวัดราชบุรี**

ชื่อร้าน.......................................................... ชื่อเจ้าของร้าน......................................................ที่อยู่.............................................................................เบอร์โทร.....................

⬜ อาหาร จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ตกมาตรฐาน......................รายการ

⬜ ยา จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ตกมาตรฐาน......................รายการ

⬜ เครื่องสำอาง จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ตกมาตรฐาน......................รายการ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อผลิตภัณฑ์** | **ประเภทผลิตภัณฑ์** | **ตกมาตรฐาน** | **รายละเอียดที่มีเพื่อการสืบค้นข้อมูล** | |
| **ชื่อ/ที่อยู่ผู้ผลิต (กรณีไม่แสดงชื่อที่อยู่ให้สอบถามแหล่งที่มา)** | **เลข อย./เลขที่รับแจ้ง /ทะเบียนยา (ถ้ามี)** |
| 1. |  | ⬜ ยา | ⬜ สเตียรอยด์ |  |  |
| ⬜ เครื่องสำอาง | ⬜ ปรอทแอมโมเนีย ⬜ กรดวิตามินเอ ⬜ ไฮโดรควิโนน |  |  |
| ⬜ อาหาร | ⬜ บอแรกซ์ ⬜ ฟอร์มาลีน ⬜ สารฟอกขาว  ⬜ ยาฆ่าแมลง ⬜ ซาลิซิลิค ⬜ น้ำมันทอดซ้ำ  ⬜ SI2 |  |  |
| 2. |  | ⬜ ยา | ⬜ สเตียรอยด์ |  |  |
| ⬜ เครื่องสำอาง | ⬜ ปรอทแอมโมเนีย ⬜ กรดวิตามินเอ ⬜ ไฮโดรควิโนน |  |  |
| ⬜ อาหาร | ⬜ บอแรกซ์ ⬜ ฟอร์มาลีน ⬜ สารฟอกขาว  ⬜ ยาฆ่าแมลง ⬜ ซาลิซิลิค ⬜ น้ำมันทอดซ้ำ  ⬜ SI2 |  |  |

**หมายเหตุ :** บันทึกรายละเอียดในตารางเฉพาะรายการที่ตรวจพบว่าฉลากไม่ถูกต้อง ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบรายงานการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ติดดาว006

**ชื่อ รพ.สต.......................................... ตำบล....................................... อำเภอ....................................... จังหวัดราชบุรี**

จำนวนที่ตรวจ........................รายการ ผ่าน......................รายการ ไม่ผ่าน......................รายการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ประเภทผลิตภัณฑ์/สถานบริการสุขภาพ** | **สื่อโฆษณา** | | | | **วันที่ - เวลา /**  **ฉบับที่** | **ภาพหรือข้อความโฆษณา**  **ที่อาจเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย/URL** |
| **สื่อโฆษณา/สื่อที่ตรวจสอบ** | **ชื่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์/ชื่อสถานประกอบการ** | **เจ้าของ / บรรณาธิการ** | **ที่อยู่/เบอร์โทร.**  **ที่สามารถติดต่อได้** |
|  | ⬜ อาหาร  ⬜ ยา  ⬜ วัตถุอันตราย  ⬜ เครื่องสำอาง  ⬜ เครื่องมือแพทย์  ⬜ คลินิก  ⬜สปา/นวดเพื่อสุขภาพ | □ เคเบิ้ลทีวี  □ วิทยุชุมชน  □ หนังสือพิมพ์  □ วารสาร  □ แผ่นพับ/โบชัวร์  □ สื่อออนไลน์ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ⬜ อาหาร  ⬜ ยา  ⬜ วัตถุอันตราย  ⬜ เครื่องสำอาง  ⬜ เครื่องมือแพทย์  ⬜ คลินิก  ⬜สปา/นวดเพื่อสุขภาพ | □ เคเบิ้ลทีวี  □ วิทยุชุมชน  □ หนังสือพิมพ์  □ วารสาร  □ แผ่นพับ/โบชัวร์  □ สื่อออนไลน์ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** บันทึกรายละเอียดในตารางเฉพาะรายการที่ตรวจพบว่าฉลากไม่ถูกต้อง

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบบันทึกการตรวจเฝ้าระวังร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร**

ติดดาว007

**รพ.สต............................. อำเภอ......................................จังหวัดราชบุรี**

จำนวนที่ตรวจ........................ร้าน ผ่าน......................ร้าน ไม่ผ่าน......................ร้าน

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อร้าน/แผงลอย** | **ชื่อเจ้าของผู้ประกอบการ** | **ประเภทอาหาร ที่จำหน่าย** | **การตรวจตามข้อกำหนด** | | **การตรวจ SI – ๒** | | | | **สรุปผลการผ่านเกณฑ์ CFGT** |
| **ผล** | **ข้อที่**  **ไม่ผ่าน** | **จำนวนสุ่ม**  **ตัวอย่าง** | **ผลบวก**  **ตัวอย่าง** | **ตัวอย่างที่มีผลบวก** | **ผล** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร จะผ่านมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อยโดยได้รับป้าย Clean Food Good Test นั้น จะต้องผ่านมาตรฐานทั้งหมด 2 ด้าน คือ 1. ด้านข้อกำหนด(ร้านอาหาร 15 ข้อ ,แผงลอย 12 ข้อ) ต้องผ่านทุกข้อ

2. ด้านชีวภาพ โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 ต้องเก็บตัวอย่างตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์ม แบคทีเรีย 10 ตัวอย่าง คือ อาหาร 5 ตัวอย่าง , ภาชนะ 3 ตัวอย่าง และ มือผู้ปรุง 2 อย่าง หากมีตัวอย่างไหน ไม่ครบ เช่น อาหารไม่ครบ ก็อาจจะใช้ภาชนะทดแทน และ 10 ตัวอย่าง จะผ่านได้ ต้อง มีผลบวก ได้เพียง 1 ตัวอย่างเท่านั้น

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบบันทึกการตรวจตลาดสด น่าซื้อ**

ติดดาว008

ข้อมูล ณ วันที่ ………. เดือน ............................. พ.ศ. ................

**รพ.สต............................. อำเภอ......................................จังหวัดราชบุรี**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อตลาด | เกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ | | | | | | | | | |
| โครงสร้างสุขาภิบาล | | ความปลอดภัยด้านอาหาร | | ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค | | | | | |
| 17 ข้อ (ดี) | 35 ข้อ (ดีมาก) | ตรวจสารปนเปื้อน (ตย) | | ป้ายให้ความรู้ | | ชมรมตลาดสด | | ตาชั่งกลาง | |
| ตรวจ | พบ | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง................................................................

**ผลการดำเนินงานตลาดนัด น่าซื้อ**

ติดดาว009

ข้อมูล ณ วันที่.............. เดือน............................... พ.ศ. ...........................

**รพ.สต............................. อำเภอ......................................จังหวัดราชบุรี**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อตลาด** | **เกณฑ์ตลาดนัด น่าซื้อ** | | | | **หมายเหตุ** |
| **ไม่ผ่านเกณฑ์** | **ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน**  **(ข้อ 1-10)** | **ผ่านเกณฑ์ระดับดี**  **(ข้อ 1-15)** | **ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก**  **(ข้อ 1-20)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบรายงานการเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง และขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบเฝ้าระวังตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ให้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และผู้นำชุมชน เป็นต้น**

ติดดาว010

**ชื่อ รพ.สต.......................................... ตำบล....................................... อำเภอ....................................... จังหวัดราชบุรี**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายละเอียดกิจกรรม** |
|  | ชื่อกิจกรรม |
|  | ชื่อกิจกรรม |
|  | ชื่อกิจกรรม |
|  | ชื่อกิจกรรม |

ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบรายงานแผนงาน/โครงการที่มีกิจกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม**

ติดดาว011

**ชื่อ รพ.สต.......................................... ตำบล....................................... อำเภอ....................................... จังหวัดราชบุรี**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อแผนสุขภาพชุมชน**  **และปีงบประมาณ** | **ชื่อกิจกรรม / โครงการที่บรรจุในแผนสุขภาพชุมชน** | | | **ชื่อผู้ดำเนินการ /**  **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| **งาน คบส.** | **อาหารปลอดภัย** | **การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** : มีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่มีกิจกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภค(คบส.)/อาหารปลอดภัย โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม (เช่น SRM, แผนสุขภาพชุมชน ฯ) ลงชื่อ...................................................................ผู้รายงาน

(............................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**แบบฟอร์มบันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร (Mobile Unit for Food Safety กลุ่ม 3)**

ติดดาว012

**สำนักงานที่ส่งตรวจ**

**รพ.สต. ....................................................**

**สาธารณสุขอำเภอ....................................**

**โรงพยาบาล.............................................**

**สสจ. .......................................................**

**สถานที่เก็บตัวอย่าง (ตลาดสด....,ตลาดนัด...,ร้านขายของชำตำบล...)...............................................................**

**ตำบล................................................อำเภอ.........................................จังหวัด.........................................วันที่.............................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-นามสกุลผู้จำหน่าย** | **ตัวอย่าง** | **แหล่งที่รับซื้อ/แหล่งที่มา** | **สารที่ตรวจ** | **ผลการตรวจ** |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |
|  |  |  |  |  ยาฆ่าแมลง  บอแรกซ์  กันรา (กรดซาลิซิลิค)   ฟอกขาว  ฟอร์มาลิน  สารเร่งเนื้อแดง   สีผสมอาหาร  กรดแร่อิสระ  อื่น ๆ........................... |  พบ  ไม่พบ   พบปลอดภัย  พบอันตราย |

ชื่อ.................................... (ผู้เก็บตัวอย่าง) ชื่อ.................................... (ผู้ตรวจวิเคราะห์)

(..........................................) (..........................................)

ตำแหน่ง................................ ตำแหน่ง................................

**แบบบันทึกการแจ้งข้อมูลการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

ติดดาว013

**วันที่พบโฆษณา**............................................... เวลา .................. น.**สื่อโฆษณาที่พบ** (เลือกเพียง 1 หัวข้อ)

1. **ข้อมูลสื่อ/ข้อมูลผู้โฆษณา**

□ อินเตอร์เน็ต Ο เว็บไซต์............................................(ระบุ url) Ο อีเมลล์.............................................

□ โทรทัศน์ ช่อง........................................................ เวลาที่เผยแพร่...........................................................

รายการ.................................................. ผู้ดำเนินรายการ........................................................

□ วิทยุ คลื่นความถี่....................สถานี............................ เวลาที่เผยแพร่....................................................

รายการ.............................ผู้ดำเนินรายการ........................................จังหวัดที่พบ..................................

□ สื่อสิ่งพิมพ์ Ο หนังสือพิมพ์ Ο นิตยสาร Ο หนังสืออื่นๆ

ชื่อสื่อสิ่งพิมพ์........................................................ระบุวันที่ ฉบับที่และหน้า….........................................

คอลัมน์.....................................................................................................................................................

Ο ใบปลิว/แผ่นพับ Ο แค็ตตาล็อก สถานที่พบ.......................................................

□ สื่ออื่นๆ โปรดระบุรายละเอียด.................................................................................................................

หลักฐานที่ท่านแนบมาพร้อมนี้ได้แก่.....................................................................................................................

1. **ข้อมูลผลิตภัณฑ์**

ชื่อผลิตภัณฑ์............................................................ ผู้ผลิต/ผู้จัดจำหน่าย............................................................

ที่อยู่/การติดต่อผู้ผลิต/ผู้จัดจำหน่าย.....................................................................................................................

ข้อความโฆษณาหรือรายละเอียดเกี่ยวกับความผิดที่สงสัย

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.......................................................

วันที่........................................................

หมายเหตุ : ความผิดที่สงสัย ได้แก่

1. เนื้อหาไม่ตรงตามชนิดของผลิตภัณฑ์ เช่น อาหาร เครื่องสำอาง ไม่สามารถกล่าวอ้างว่าวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้
2. โอ้อวด คือ ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง ทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ

**แบบบันทึกแจ้งปัญหา**

ติดดาว014

# เลขรับเรื่องแจ้งปัญหา………..….…/…………..……วันที่……….…เดือน…………………..…………..พ.ศ………..……..

1. วิธีการ ( ) โทรศัพท์ ( ) มาด้วยตนเอง ( ) หนังสือแจ้งปัญหา………ฉบับ ( ) อื่นๆ…………….…….……
2. หลักฐานประกอบ ( ) ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( ) สำเนาบัตรประจำตัว/ทะเบียนบ้าน

( ) อื่นๆ.........................................................................................................................................................

1. เงื่อนไข ( ) ไม่ต้องการให้แจ้งผลกลับ ( ) ต้องการให้แจ้งผลกลับที่…………….…………………………………….

……………………………………………………………………………………………...............................................................

1. ชื่อ-สกุลผู้แจ้งปัญหา…………………….……..……………………….อายุ………….…ปี ที่อยู่เลขที่………...…หมู่ที่…………ถนน……………………………….…ตำบล……….……….…….…อำเภอ………..…………….จังหวัด………...…………………โทรศัพท์…………………………….………
2. ชื่อผู้เสียหาย…………………….……………อายุ……ปี ที่อยู่........................................... โทรศัพท์…………

เรื่องที่แจ้งปัญหา

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัญหาสถานที่ผลิต/จำหน่าย/สถานบริการสุขภาพ**  ชื่อผู้ผลิต/จำหน่าย,ผู้ให้บริการ……………………….………..……………..…  ชื่อสถานประกอบการ……………………………………..………………….…....  ที่ตั้งเลขที่………….…หมู่ที่…….…ถนน…….……………ตำบล…………..….. อำเภอ…………………จังหวัด…………….………โทรศัพท์……………....….… | **ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ**  ผลิตภัณฑ์สาเหตุ ...............................ยี่ห้อ....................................เลขทะเบียน/เลขสารบบ (ถ้ามี)....................................................  ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต.............................................................................  ..................................................................................................... |
| ( ) เถื่อน/ ไม่มีใบอนุญาตผลิต นำเข้า ขาย ประกอบกิจการ  ( ) ทำผิดประเภทใบอนุญาต...........................................................  ( ) การให้บริการ ............................................................................  ( ) โฆษณา.......................................................................................  ( ) ระบุ............................................................................................ | ( ) หมดอายุ /ปลอม /มีสารห้ามใช้………………………………  ( ) ไม่มีเลขทะเบียน/ เลขไม่ถูกต้อง……………..………………  ( ) ได้รับอันตรายจากการใช้ ทั้งๆ ที่ทำตามวิธีใช้ หรือข้อระวัง  ( ) พบโฆษณาโอ้อวด หลอกลวง เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ  ( ) ไม่แสดงฉลากภาษาไทย ฉลากไม่ครบถ้วน |
| ระบุ วัน เดือน ปี ที่พบ/เกิดเหตุ ที่ตั้ง/สภาพแวดล้อมสถานที่ เลขอนุญาต พฤติการณ์/รูปแบบบริการที่พบ   1. ผลิตภัณฑ์ ข้อมูลฉลาก เลขอนุญาต วันเดือนปีผลิต-หมดอายุ สี กลิ่น รส การเก็บรักษาที่ไหน ถูกวิธีหรือไม่ มีตัวอย่างหรือไม่ ใครพบปัญหา วันเวลาที่พบ 2. เจอโฆษณาที่ไหน คลื่นวิทยุ/ทีวีช่องไหน เวลากี่โมง รายการชื่ออะไร ใครเป็นคนพูด อัดไว้หรือไม่ มีตัวอย่างเอกสารหรือไม่)   ……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………… | |

**คำแนะนำสำหรับผู้แจ้งปัญหา** ( ) หยุดบริโภค ( ) คืนสินค้า ( ) แจ้งผู้ประกอบการโดยตรง

( ) แจ้งความดำเนินคดี…………………………………………………………………..……

ลงชื่อ……………………..…………….ผู้แจ้งปัญหา ลงชื่อ……………………………….ผู้รับเรื่องแจ้งปัญหา

(…………………….………….……….) (…………………………………………….)