



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ สำนักงานบริหารกลาง โทร. ๐ ๒๐๑๖ ๘๘๘๘ ต่อ ๔๒๑๘

ที่ กษ.๐๔๐๑/๑ ๑๑๑๓ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตของสำนักนายกรัฐมนตรี ครั้งที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน รองอธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์/ผู้อำนวยการสำนัก/ผู้อำนวยการศูนย์/ผู้อำนวยการกอง/ผู้เชี่ยวชาญ/
หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน/หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ด้วยสำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดจัดกิจกรรมบริจาคโลหิตของสำนักนายกรัฐมนตรี ครั้งที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ในวันพุธที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๕ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุม พลเอกบุญเรือน บัวจรรยา ชั้น ๑ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล ทั้งนี้ ผู้ประสงค์บริจาคโลหิต จะต้องแสดงผลตรวจ ATK ตรวจไม่พบเชื้อภายใน ๗๒ ชั่วโมง และขอให้ปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) พร้อมทั้งขอให้ผู้ร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตกรอกใบสมัครผู้รับบริจาคโลหิต และตอบแบบคัดกรองตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัส COVID - 19 มาด้วย สำหรับกิจกรรมบริจาคโลหิตครั้งนี้ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จะมารับบริจาคบนรถรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ ซึ่งจอดอยู่บริเวณด้านหน้าอาคารสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ในการนี้ กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ขอเชิญชวนท่านพร้อมด้วยบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตของสำนักนายกรัฐมนตรี ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยขอให้แจ้งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้แล้วส่งไปยังกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานบริหารกลาง ภายในวันศุกร์ ๙ กันยายน ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางรพีพร กั่นเนียม)

รองอธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่แน่ใจว่าโลหิตของท่านปลอดภัย กรุณามงดบริจาคโลหิตสำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับคู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะบริจาคโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภายใน 6 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรค (ระบุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อ) ภายใน 7 วันที่ผ่านมา ชื่อยา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านรับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดข้อ หรือยาอื่นๆ ในกลุ่มเดียวกันภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านมีการใช้ ยา / สมุนไพร / อาหารเสริมที่มีไบโอดีนเป็นส่วนประกอบ เป็นประจำ ได้แก่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านเคยบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา..... โปรดระบุ <input type="checkbox"/> กระแสโลหิต <input type="checkbox"/> ไชกระดุก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร		
10. ท่านเคยตั้งครรภ์ หรือแท้งบุตร มาก่อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ท่านอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ท่านคลอดบุตร หรือแท้งบุตร ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติด้านเพศสัมพันธ์: สำหรับทุกเพศ		
13. ท่านหรือคู่ของท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับ : ผู้ที่ไม่ใช่คู่ของตนเอง / ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ/ ผู้เสพยาเสพติด / ผู้ที่อาจติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ท่านเคยใช้ยารักษาหรือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ท่านเป็นเพศชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ		
16. ท่านอุดฟัน ขูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา / ลอนฟัน รักษาโรคฟัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ท่านท้องเสีย ท้องร่วง ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ท่านเคยเจาะหู เจาะผิวหนัง สัก ลบรอยสัก ผึงเข็ม ภายใน 4 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดเล็ก ภายใน 7 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ท่านเคยผ่าตัดใหญ่ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ท่านเคยป่วยและได้รับโลหิต / ส่วนประกอบโลหิต ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ท่านเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ท่านเคยถูกเข็มที่เบือนเลือดตำ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
24. ท่านเคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโรคตับอักเสบ ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ท่านเคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ท่านเคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีเชื้อมาลาเรียชุกชุม ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ท่านเคยป่วยเป็นโรคไขข้อใหญ่ / โรคไขข้อเล็ก / โรคซิคุนคุนยา / โรคไข้กาฬหรือ โรคโควิด-19 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ท่านได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา..... ระบุวัคซีน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ท่านได้รับเซรุ่ม ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ท่านเคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ท่านเคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่อกันเกิน 72 ชั่วโมง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ท่านเคยมีน้ำหนักรวม มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่ทราบสาเหตุ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ เป็นเวลาสะสมมากกว่า 3 เดือน อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ เวลส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส และไอร์แลนด์ เป็น ระยะเวลาสะสมมากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ามั่นใจว่าโลหิตของข้าพเจ้าปลอดภัยต่อผู้ป่วย และรับทราบว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ซี และเอชไอวี ก่อนจะนำไปใช้ในทาง
การแพทย์

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นำไปใช้ประโยชน์ในงานบริการโลหิตหรือ
งานวิจัยทางการแพทย์* ด้วยความสมัครใจ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอกาสเกิดผลข้างเคียงของการบริจาคโลหิตแล้ว และยินดีที่จะบริจาค
โลหิตในครั้งนี้

ลงชื่อผู้สมัคร..... วันที่

*การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่มีหวังสิ่งตอบแทนที่ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง (ข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองใน
มนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....

ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความจริง 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

น้ำมูกไหล / Runny nose

จมูกไม่ได้กลิ่น / Loss of smell

ลิ้นไม่รับรส / Loss of taste

ไอ / Cough

เหนื่อยหอบ / Shortness of breath

เจ็บคอ / Sore throats

ไม่มีอาการเหล่านี้ / None of these symptoms

4. ท่านเดินทางมาจาก / ผ่านประเทศ ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ หรือ ไม่ ?

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. ท่านได้ไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภายใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่ ?

(สถานบันเทิง สถานที่ออกกำลังกาย สนามกีฬา บ่อนการพนัน สถานที่แออัด เป็นต้น)

Have you ever been at the following places within the past 4 weeks?

(Entertainment venue, Casino, Fitness, Football club, Mass community etc.)

ใช่ / yes

ไม่ใช่ / No

6. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยหรือป่วยเป็นโรคโควิด 19 ภายใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่ ?

Did you contact with suspected or confirmed COVID 19 cases within the past 4 weeks?

ใช่ / yes

ไม่ใช่ / No

7. ท่านเพิ่งหายจากโรคโควิด 19 / Have you recovered from COVID-19 infection?

ใช่ / yes

ไม่ใช่ / No

เป็นเวลา / for สัปดาห์ / weeks

ขอขอบคุณในความร่วมมือ – Thank you for your cooperation

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

25 พฤศจิกายน 2564