



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ สำนักงานบริหารกลาง โทร. ๐ ๒๐๑๖ ๘๘๘๘ ต่อ ๔๒๑๙

ที่ กษ ๐๔๐๑/๑ ๒๗๗

วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การจัดกิจกรรมบริจาคโลหิตของสำนักงานนายกรัฐมนตรี ครั้งที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

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

ด้วยสำนักงานนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดจัดกิจกรรมบริจาคโลหิต ครั้งที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ในวันพุธที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุม พลเอกบุญเรือน บัวจรรยา ชั้น ๑ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล ทั้งนี้ ผู้ประสงค์บริจาคโลหิตจะต้องมีผลตรวจ ATK ตรวจไม่พบเชื้อภายใน ๗๒ ชั่วโมง และขอให้ปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) พร้อมทั้งขอให้ผู้ร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตรอกใบสมัครผู้บริจาคโลหิตและตอบแบบคัดกรองตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัส COVID - 19 นำไปด้วย สำหรับกิจกรรมบริจาคโลหิตในครั้งนี้ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จะมารับบริจาคบนรถรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ซึ่งจอดอยู่บริเวณด้านหน้าอาคารสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ในการนี้ กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ขอเชิญชวนท่านพร้อมด้วยบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตของสำนักนายกรัฐมนตรี ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยขอให้แจ้งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้แล้วส่งไปยังกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานบริหารกลาง ภายในวันศุกร์ที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางรพีพร ก้อนเนียม)

รองอธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ รักษาการการแทน  
อธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์

ใบแจ้งชื่อผู้ร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิต  
ของสำนักนายกรัฐมนตรี ครั้งที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
ในวันพุธที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมพลเอก บุญเรือน บัวจรรยา สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี  
หน่วยงาน .....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเหตุ

กรุณาส่งใบแจ้งชื่อมายังกลุ่มงานสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักบริหารกลาง  
ภายในวันศุกร์ที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕

**ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต**  
**ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย**

ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก

ผู้บริจาคโลหิตประจำ

วันที่(วัน/เดือน/ปี).....

ช่วงอายุบริจาคได้ :

โลหิตรวม 17-70 ปี

# ถ้าอายุ 17 ปี ต้องมีหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง

# บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 60 ปี

# ผู้บริจาคประจำ อายุ 65-70 ปี ต้องผ่านการประเมินเพิ่มเติม

โลหิตเฉพาะส่วน 17 - 60 ปี # บริจาคครั้งแรกอายุไม่เกิน 50 ปี และเคยบริจาคโลหิตรวมมาก่อน

เฉพาะผู้บริจาคโลหิตประจำ ครั้งที่แล้วท่านได้บริจาค :  โลหิตรวม  โลหิตเฉพาะส่วน

โลหิตเฉพาะส่วน กรุณาระบุ :  เม็ดโลหิตแดง  เกล็ดเลือด  พลาสมา  อื่น ๆ.....

การบริจาคครั้งที่ผ่านมา :  ไม่มีปัญหา

มีปัญหา :  เป็นลม  เขียวซ้ำ  หาสันโลหิตยาก  ได้รับแจ้งให้งดบริจาคชั่วคราวเนื่องจาก.....  อื่นๆ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้าหนัก.....กิโลกรัม

สถานที่ที่ติดต่อดี  ที่อยู่เดิม  ที่อยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail address.....

อาชีพ :  นักเรียน,นักศึกษา  ข้าราชการ,ทหาร,ตำรวจ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานบริษัท,รับจ้าง  
 พระภิกษุ,สามเณร  เกษตรกร  ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย  อื่นๆ.....

ชื่อ นาย, นาง, นางสาว .....(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) .....

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

หมู่โลหิต

Rh

เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต.....

บริจาคครั้งที่.....

กรณีผู้บริจาคโลหิตประจำไม่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต

บริจาคโลหิตครั้งแรกเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... สถานที่บริจาค.....

บริจาคโลหิตครั้งสุดท้ายเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) ..... สถานที่บริจาค.....

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร..... ครั้ง/นาที  ปกติ  ไม่ปกติ

หัวใจ/ปอด  ปกติ  ไม่ปกติ

อุณหภูมิร่างกาย..... °C  ผ่าน  ไม่ผ่าน

Hb.....ก/ดล.  ผ่าน  ไม่ผ่าน

Deferred due to.....

กินยาที่มีผลต่อเกล็ดเลือด

Under volume

High volume

Discarded

Unit Number

หมายเหตุ.....

เจ้าหน้าที่ทะเบียน..... เจ้าหน้าที่เตรียมถุง..... เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเก็บ.....

เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างโลหิต..... เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ.....

แบบสอบถามสำหรับผู้บริจาคโลหิต

เพื่อความปลอดภัยของท่านผู้บริจาคโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของท่าน โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และหากไม่มั่นใจว่า  
สำหรับผู้สัมภาษณ์ การพิจารณาต้องใช้ร่วมกับคู่มือการคัดกรองสุขภาพของผู้บริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สุขภาพทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกสบายดี สุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะบริจาคโลหิต.....	<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 ในกลุ่ม เดียวกันภายใน 2 วันที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านมีการใช้ ยา / สมุนไพร / อาหารเสริมที่มีใบโอดีนเป็นส่วนประกอบ 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"/> ไช้กระดูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>การตั้งครรภ์ / คลอดบุตร</b>		
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"/>
<b>ประวัติด้านเพศสัมพันธ์: สำหรับทุกเพศ</b>		
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"/>
<b>ประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อต่างๆ</b>		
16. ท่านอุดฟัน ชูดหินปูน ภายใน 3 วันที่ผ่านมา / ถอนฟัน รักษารากฟัน 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 สบรอยสัก ฝังเข็ม 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. ท่านเคยถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. ท่านเคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ หลังอายุ 11 ปี....
25. คู่ของท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นโร
26. ท่านเคยตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคตับอักเส
27. ท่านเคยป่วยเป็นโรคมลาเรีย ในระยะ 3 ปีที่ผ่าน
28. ท่านเคยเข้าไปในพื้นที่ที่เชื่อมมาเรียชุกชุม ในระยะ
29. ท่านเคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ / โรคไข้เลือดออ
โรคโควิด-19 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....
30. ท่านได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในระยะ 2 เดือนที่
ระบุวัคซีน.....
31. ท่านได้รับเชรุม ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา.....
32. ท่านเคยมีประวัติเสพยาเสพติด.....
33. ท่านเคยถูกควบคุมตัวหรือจองจำในเรือนจำติดต่
34. ท่านเคยมีน้ำหนักลด มีไข้ มีต่อมน้ำเหลืองโตโดยไม่
หรือเคยตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี .....
35. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2539 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ในเ
3 เดือน อังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ เวส
36. ช่วง พ.ศ. 2523 - 2544 ท่านเคยพำนักอาศัยอยู่ใน
ระยะเวลาสะสมมากกว่า 5 ปี .....
37. ท่านมั่นใจว่าโลหิตของท่านมีความปลอดภัยต่อผู้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามด  
ผู้ป่วย และรับทราบ ว่าโลหิตต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อ  
การแพทย์

ข้าพเจ้าขอบริจาคโลหิตให้กับศูนย์บริการโลหิตน  
งานวิจัยด้านการแพทย์ ด้วยความสมัครใจ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและโอ  
โลหิตในครั้งนี้

ลงชื่อผู้สมัคร.....

\*การวิจัยทางการแพทย์เพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน  
จริยธรรมการวิจัยของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือขององค์กรอื่นใ  
มนุษย์ พ.ศ. 2525) หรืองานวิจัยที่ประกาศเพิ่มเติมภายหลัง

ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ลงชื่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรอง.....

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  น้ำมูกไหล/ Runny nose  เจ็บคอ/ Sore throats  
 จมูกไม่ได้กลิ่น/ Loss of smell  ลิ้นไม่รับรส / Loss of taste  
 ไอ/ Cough  เหนื่อยหอบ/ Shortness of breath  
 ไม่มีอาการเหล่านี้/ None of these symptoms
4. ท่านเดินทางมาจาก/ ผ่านประเทศ ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ หรือ ไม่?  
Did you travel from/ transit countries which have COVID-19 outbreak within the past 2 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 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่?  
Have you ever been at the following places within the past 2 weeks?  
 สถานบันเทิง/ Entertainment venue  บ่อนการพนัน/ Casino  ไม่ใช่ / No  
 ชุมชนแออัด/ Mass community
6. ท่านได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ภายใน 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่?  
Did you contact with suspected COVID-19 virus patients within the past 2 weeks?  
 ใช่ / Yes  ไม่ใช่ / No
7. ท่านเพิ่งหายจากไข้ไวรัส COVID-19 Have you recovered from COVID-19 virus infection?  
 ใช่ / Yes  ไม่ใช่ / No  
เป็นเวลา / for ..... สัปดาห์ / weeks

ขอขอบคุณในความร่วมมือ - Thank you for your cooperation

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย 30 มีนาคม 2564