

แบบรายงานผลการดำเนินงาน CBI NCDs ปีงบประมาณ 2560

- ระยะเวลา 8 เดือน (ต้นเดือนเมษายน 2560) ระยะเวลา 12 เดือน (ต้นเดือนสิงหาคม 2560)

หน่วยงาน.....

ขั้นตอน	8 เดือน	12 เดือน	หมายเหตุ
1. มีการประชุมคณะทำงานเพื่อเตรียมการดำเนินงาน CBI NCDs - องค์กรประกอบคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ (เอกสารแนบ ถ้ามี)			
2. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ในพื้นที่ของท่านมีอะไรบ้าง (โปรดระบุ) <input type="radio"/> อ้วน <input type="radio"/> อาหาร <input type="radio"/> ออกกำลังกาย <input type="radio"/> สูบบุหรี่ <input type="radio"/> ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ <input type="radio"/> ความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคเบาหวาน <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... ปัจจัยเสี่ยงที่เลือกประกอบการดำเนินงานเพื่อลดโรค..... ระบุพื้นที่ดำเนินการเพื่อลดโรค.....	<input type="radio"/> รวบรวมข้อมูล <input type="radio"/> จัดลำดับความสำคัญเพื่อนำมาวางแผน	<input type="radio"/> รวบรวมข้อมูล <input type="radio"/> จัดลำดับความสำคัญเพื่อนำมาวางแผน	
3. จัดทำแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการลดปัญหา NCD (โรคและพฤติกรรม)			

ขั้นตอน	8 เดือน	12 เดือน	หมายเหตุ
4. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานชุมชน โดยการนำทรัพยากรมาร่วมในการดำเนินงาน			
5. กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน			
6. มีการวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อไปหรือไม่			
7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน			
8. ข้อเสนอแนะ			

ผู้สรุป.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....