



สัญญาการเข้าร่วมแผนงานเครือข่ายร้านยาพาเล็กรหรือและสร้างเสริมสุขภาพ ปี 2565-67

เอกสารแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ตระหนักและให้ความสำคัญต่อความเป็นส่วนตัวของท่าน โดย มูลนิธิ.จะเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ตามประกาศเอกสารแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของมูลนิธิ. ภายใต้ พรบ. กู้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

โดยท่านสามารถอ่านรายละเอียดวิธีการที่มูลนิธิ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิของท่าน และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ <https://compharmfund.or.th/>

ชื่อร้าน..... จังหวัด..... รหัสร้าน (สำหรับเจ้าหน้าที่โครงการกรอก).....

ปัจจุบันเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() เป็นร้านยาคุณภาพ ผ่านการรับรอง ปี พ.ศ..... () กำลังสมัครร้านยาคุณภาพ

() เป็นหน่วยร่วมบริการ สปสช หรือไม่ () ไม่เป็น () กรณีที่"เป็น" ให้ระบุ รหัสหน่วยบริการ D.....

() ไม่เป็น อะไรเลย

ชื่อผู้สมัครเข้าโครงการ.....ตำแหน่ง () เกษัชกร ระบุ ก..... () เจ้าของกิจการ

โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ..... Line id :.....อีเมล.....

เป็นร้านยาโครงการอะไรบ้าง หรือ ทำบริการกับประชาชน/ผู้ป่วย อะไรบ้าง (นอกจากการขายยา ปรึกษาปกติ)

1..... 2.....

สถานที่ตั้งของร้าน : เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง..... เขต

..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทร..... ละติจูด ลอง

จูด..... โดย.นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล

.....ตำแหน่ง.....ขอสมัครเข้าร่วมแผนงานฯ และให้ความยินยอมตาม ข้อตกลงในการ

ดำเนินงาน ดังนี้

1. ข้าพเจ้าฯ จะดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดในแผนงาน และตามแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีทางเภสัชกรรม
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ชื่อ ภก. / ภญ.....นามสกุล.....
ใบอนุญาตโรคศิลปะ เลขที่.....ซึ่งจะเป็นผู้ให้บริการฯ แก่ผู้มารับบริการฯ
3. ข้าพเจ้าฯ จะไม่อ้างอิงแผนงานนี้ เพื่อประโยชน์ทางธุรกิจการค้า
4. ข้าพเจ้าฯ จะเป็นผู้รับภาระภาษีเงินได้ ค่าโอนเงิน ของค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลตามแผนงาน
5. ในการเลิกสัญญากับโครงการ/แผนงาน กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้
 - 5.1 ลาออกจากกรร่วมแผนงาน
 - 5.2 ร้านยา/เภสัชกรที่ร่วมแผนงาน ดำเนินการใดๆที่ทำให้มูลนิธิ และ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ได้รับความเสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเกิดความเสียหายหรือ ตามที่คณะทำงานของแผนงานฯ ได้พิจารณา
แล้วมีมติให้ออกจากแผนงาน

ลงชื่อผู้สมัครเข้าร่วมแผนงาน

() ตัวบรรจง

	ค่าตอบแทนในการจัดการข้อมูล	รายงานผล
1	การคัดกรองความเสี่ยง เบาหวาน ความดัน การให้ความรู้ (F1+F2)และการติดตาม 1 ครั้ง (F3)	100+50
2	การคัดกรองปอดอุดกั้น (COPD)และการให้คำแนะนำ = F15	50
3	การคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และการให้คำแนะนำ = F17	50
4	การคัดกรองความเครียดและการให้คำแนะนำ = F18	50
5	การคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ และการให้คำแนะนำ = F19	50
6	การจัดการด้านยา (Medication Therapy Management)ใน ผป ที่พบปัญหาด้านยา หรือ ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ (visit1) และการติดตามผล 1 ครั้ง (visit 2) กรณีติดตามแก้ไขปัญหาด้านยาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโดยมีการติดต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 ครั้ง (นับรวมครั้งแรก) เป็นเวลา 1 ปี เพิ่ม (Top Up) 500 บาท	Visit 1 : 100 Visit 2 : 50
7	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ A1-A4 = 150 บาท , A4F=50 บาท . A5 ครั้งละ 50 บาท (ติดตาม 5 ครั้ง) กรณีเลิกสูบบุหรี่ 1,2,3 เดือน เพิ่ม (Top up) 500 , 500 , 500 บาท	
8	การติดตามปัญหา Long Covid (ตามทุกเดือน 3 ครั้ง รวม 50 บาท)	15

เงื่อนไขเพิ่มเติม

- ค่าตอบแทนตามรายการ เป็น ค่าตอบแทนที่รวมอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการให้บริการ
- ร้านยาที่ร่วมแผนงานจะต้องเก็บแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการยินยอมให้เข้าถึงและจัดเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและดำเนินการบันทึกตามแนวทางที่แผนงานกำหนด และเก็บเอกสารแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานเพื่อการตรวจสอบภายหลังได้
- เนื่องจากงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก สสส ในจำนวนจำกัด หากมีการให้บริการมากกว่าเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบแผนงานอาจมีการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนตามความเหมาะสม แต่จะมีการแจ้งผู้เข้าร่วมให้ทราบ และจะจ่ายค่าตอบแทน 1-3 ครั้ง ภายในระยะเวลาโครงการ (ประมาณ ปีละ 1 ครั้ง)

การส่งใบสมัคร(พร้อมเอกสารการสมัคร)เข้าร่วมแผนงาน

- Scan และส่ง email หรือส่งทาง Line ที่ : k.pentipa@gmail.com Line id : Pentipa1111
- ติดต่อรายละเอียด : ญญ.เพ็ญทิพา 083 0390395 Line id : Pentipa1111
ญญ.รศ. สุณี เลิศสินอุดม 081 6617237
ญญ.ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธ์ 089 4628872