

แบบบันทึกการลงข้อมูล **ผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์** ที่เข้ารับบริการและรายงานผ่านทาง **อินเทอร์เน็ต**

หน่วยงานให้บริการ.....รหัสสถานบริการ.....

เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) -

พ.ศ. หมายเลข HN

วัน/เดือน/ปีที่มาโรงพยาบาล...../...../..... เวลา.....น.

หน่วยที่ตรวจพบเป็นหน่วยแรก ☐ OSCC ☐ IPD ☐ OPD ☐ ER ☐ ANC ☐ คลินิกเป็นมิตรกับวัยรุ่น ☐ อื่นๆ.....

๑. ข้อมูลผู้รับบริการ

๑.๑ เลขประจำตัวประชาชน ----------

กรณีไม่มีบัตรประชาชน ชื่อบัตร.....หมายเลข.....

๑.๒ คำนำหน้าชื่อชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ วัน เดือน ปีเกิดอายุ.....ปี

๑.๔ สัญชาติ ☐ ไทย ☐ เมียนมา ☐ ลาว ☐ กัมพูชา ☐ มาเลเซีย ☐ เวียดนาม

☐ ไต้หวัน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ ฮินดู ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑.๖ สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส (จดทะเบียน) ☐ สมรส (ไม่จดทะเบียน) ☐ หย่า ☐ หม้าย

๑.๗ สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิติดตัว		สิทธิใช้บริการครั้งนี้	
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว
<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑.๙ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ภูมิลำเนาในต่างประเทศ (เฉพาะชาวต่างชาติ).....

๑.๑๐ ข้อมูลบุคคลผู้นำส่ง

ชื่อ สกุล ความสัมพันธ์.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑.๑๑ สถานภาพการศึกษาและการทำงาน

<input type="checkbox"/> กำลังศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุบาล <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระบุระดับการศึกษา.....	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การฝึกอาชีพ (เสริมสวย,ช่างซ่อม) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> การศึกษาสูงสุด	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวะ/ปวช. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การฝึกอาชีพ (เสริมสวย,ช่างซ่อม) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> การศึกษานอกโรงเรียน ระบุระดับการศึกษา.....

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	สาเหตุของการไม่ได้ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่เคยเรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> พักการเรียน <input type="checkbox"/> ออกจากการศึกษากลางคัน เนื่องจาก (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> ทำงาน (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> อาชีพ รายได้.....บาท/เดือน	อาชีพ <input type="checkbox"/> ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ว่างงาน <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> รับจ้าง (โปรดระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑.๑๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ

ปัญหาความพิการ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ปัญหาโรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ปัญหาทางจิตเวช	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

๑.๑๓ ขณะนี้อาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> พ่อ	<input type="checkbox"/> แม่	<input type="checkbox"/> พ่อเลี้ยง	<input type="checkbox"/> แม่เลี้ยง	<input type="checkbox"/> พ่อแม่บุญธรรม
<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เพื่อน	<input type="checkbox"/> แฟน	<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> บุตร
<input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว	<input type="checkbox"/> นายจ้าง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		

๑.๑๔ สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิติดตัว		สิทธิใช้บริการครั้งนี้	
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว
<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพเอกชน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

๑.๑๕ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑.๑๖ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ภูมิลำเนาในต่างประเทศ (เฉพาะชาวต่างชาติ).....

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

๒.๑ ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี	๒.๒ จำนวนบุตรคลอดมีชีวิต.....คน
๒.๓ จำนวนครั้งที่แท้งบุตร.....ครั้ง	๒.๔ อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์
๒.๕ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....	

๓. สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

๓.๑ สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

<input type="checkbox"/> ปัญหาจากการคุมกำเนิด	
<input type="checkbox"/> ไม่คุมกำเนิด	
<input type="checkbox"/> คุมกำเนิด	
<input type="checkbox"/> ยาเม็ดคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน
<input type="checkbox"/> ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> ถุงยางอนามัย
<input type="checkbox"/> ทำหมัน	<input type="checkbox"/> หลั่งข้างนอก
	<input type="checkbox"/> ยาฉีดคุมกำเนิด
	<input type="checkbox"/> ใส่ห่วงอนามัย
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

- ☐ ปัญหาการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการกระทำความผิดทางกฎหมาย
- ☐ กระทำชำเราเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
- ☐ กระทำชำเราบุคคลอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์
- ☐ กระทำชำเราบุคคลอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป

๓.๒ ปัจจัยประกอบการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ปัญหาสุขภาพกาย
- ☐ การตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมารดา
- ☐ โรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายต่อแม่และเด็ก ระบุโรค.....
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ปัญหาสุขภาพจิต
- ☐ มารดามีความเครียดจากการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- ☐ มารดามีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญา
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ปัญหาครอบครัว/สังคม/เศรษฐกิจ
- ☐ ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ
- ☐ ครอบครัวไม่ยอมรับ
- ☐ มีประวัติหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว
- ☐ ปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตร
- ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ☐ เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
- ☐ อาชีพไม่เหมาะกับการเลี้ยงดูเด็ก
- ☐ ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อสังคมได้
- ☐ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อการเลี้ยงดูบุตร
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ปัญหาอื่นๆ ระบุ.....

๔. การให้การปรึกษาทางเลือก

- ☐ ให้ ☐ ไม่ให้

๕. ผลการตัดสินใจของผู้รับบริการหลังให้การปรึกษาทางเลือก

<p>ตั้งครรภ์ต่อ</p> <p>ฝากครรภ์ ระบุสถานที่.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่มีการช่วยเหลือ/สนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการบ้านพักระหว่างการตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการยกบุตรให้ผู้อื่นอุปการะ</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการฝากบุตรไว้ชั่วคราวหลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมหลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> คุณกำเนิดหลังคลอด</p>
<p>ยุติการตั้งครรภ์</p> <p><input type="checkbox"/> ยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งต่อ/แนะนำเครือข่ายยุติการตั้งครรภ์</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่มีการช่วยเหลือ/สนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์</p> <p><input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิด</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมหลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> คุณกำเนิดหลังคลอด</p>

๖. สรุปผลการให้บริการ

☐ อยู่ระหว่างดำเนินการ

☐ สิ้นสุดการบริการ

☐ ให้บริการครบตามที่วางแผน

☐ ปฏิเสธการรับบริการ

☐ เสียชีวิต

☐ ติดตามไม่ได้

☐ ส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นๆ ระบุ.....

๗. ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ครั้งนี้

ค่ายาและวัสดุทางการแพทย์ทั้งหมด.....บาท (กรอกเอง)

ค่าบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมด.....บาท (คำนวณจากโปรแกรม)

๘. การดำเนินการตามกฎหมาย

แจ้งความ

☐ ไม่ได้แจ้งความ

☐ แจ้งความ

วันที่แจ้งความ.....เวลา.....เลขคดี.....

สถานีตำรวจ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ร้อยเวร ชื่อ.....