

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๕๓๙

กรมราชทัณฑ์
๒๒๒ ถนนนนทบุรี ๑
อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง แนวทางการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดสรรยาต้านไวรัสเอชไอวี และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมาย โครงการ ART for Migrants ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการประชุมการบริหารจัดการโครงการ ART for Migrants ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมราชทัณฑ์ ร่วมกับ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค ได้กำหนดจัดประชุมการบริหารจัดการโครงการ ART for Migrants ปี ๒๕๖๖ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดสรรยาต้านไวรัสเอชไอวีและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในการนี้ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มผู้ต้องขังต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมาย โครงการ ART for Migrants ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ขอให้เรือนจำดำเนินการสำรวจผู้ต้องขังต่างด้าว คนไทยไร้สิทธิ์ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับการสนับสนุน แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) รายใหม่ที่มีผล Anti-HIV เป็นบวก ๒) รายเก่าที่กินยาต้านเอชไอวีในปัจจุบัน และ ๓) รายเก่าที่ไม่สามารถกินยาหรือดื้อยาสูตรแรก โดยยืนยันรายชื่อและแจ้งเพิ่มเติมไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อขอรับสิทธิ กรณีผู้ป่วยพ้นโทษ/โอนย้าย ให้แจ้งเพื่อยืนยันตัดออก ภายในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอได้แจ้งเรือนจำ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจุฑารัตน์ จินตกานนท์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

กองบริการทางการแพทย์
กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน
โทรศัพท์ ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓
โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๒๑๔๖

ผู้ว่าราชการจังหวัด ๖๐ แห่ง

๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่ / เรือนจำจังหวัดกระบี่
๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจนบุรี / เรือนจำจังหวัดกาญจนบุรี / เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ
๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ / เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์
๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น / เรือนจำอำเภอพล
๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี / เรือนจำจังหวัดจันทบุรี
๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยนาท / เรือนจำจังหวัดชัยนาท
๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ / เรือนจำจังหวัดชัยภูมิ
๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดชุมพร / เรือนจำจังหวัดชุมพร / เรือนจำอำเภอหลังสวน
๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย / เรือนจำอำเภอเทิง
๑๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ / เรือนจำอำเภอฝาง
๑๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง / เรือนจำจังหวัดตรัง
๑๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดตราด / เรือนจำจังหวัดตราด
๑๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก / เรือนจำอำเภอแม่สอด
๑๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครนายก / เรือนจำจังหวัดนครนายก
๑๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา / เรือนจำอำเภอบัวใหญ่ / เรือนจำอำเภอสีคิ้ว
๑๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช / เรือนจำอำเภอทุ่งสง / เรือนจำอำเภอปากพนัง
๑๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี / เรือนจำจังหวัดนนทบุรี
๑๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส / เรือนจำจังหวัดนราธิวาส
๑๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน / เรือนจำจังหวัดน่าน
๒๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬ / เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ
๒๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ / เรือนจำจังหวัดบุรีรัมย์ / เรือนจำอำเภอนางรอง
๒๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี / เรือนจำจังหวัดปทุมธานี / เรือนจำอำเภอธัญบุรี
๒๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ / เรือนจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๒๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี / เรือนจำจังหวัดปราจีนบุรี / เรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี
๒๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดพะเยา / เรือนจำจังหวัดพะเยา
๒๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดพังงา / เรือนจำจังหวัดพังงา / เรือนจำอำเภอตะกั่วป่า
๒๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา / เรือนจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร / เรือนจำจังหวัดพิจิตร
๒๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก / เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก
๓๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์ / เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์ / เรือนจำอำเภอหล่มสัก
๓๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ / เรือนจำจังหวัดแพร่
๓๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต / เรือนจำจังหวัดภูเก็ต
๓๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม / เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม
๓๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร / เรือนจำจังหวัดมุกดาหาร
๓๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน / เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน / เรือนจำอำเภอแม่สะเรียง

ผู้ว่าราชการจังหวัด ๖๐ แห่ง (ต่อ)

๓๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา / เรือนจำอำเภอเบตง
๓๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร / เรือนจำจังหวัดยโสธร
๓๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดระนอง / เรือนจำจังหวัดระนอง
๓๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด / เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด
๔๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี / เรือนจำอำเภอชัยบาดาล
๔๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน / เรือนจำจังหวัดลำพูน
๔๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย / เรือนจำจังหวัดเลย
๔๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ / เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ / เรือนจำอำเภอกันทรลักษณ์
๔๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร / เรือนจำจังหวัดสกลนคร / เรือนจำอำเภอสว่างแดนดิน
๔๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา / เรือนจำจังหวัดสงขลา / เรือนจำอำเภอนาทวี
๔๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล / เรือนจำจังหวัดสตูล
๔๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร / เรือนจำจังหวัดสมุทรสาคร
๔๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว / เรือนจำจังหวัดสระแก้ว
๔๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดสระบุรี / เรือนจำจังหวัดสระบุรี
๕๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดสิงห์บุรี / เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี
๕๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย / เรือนจำจังหวัดสุโขทัย / เรือนจำอำเภอสวรรคโลก
๕๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี / เรือนจำจังหวัดสุพรรณบุรี
๕๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี / เรือนจำอำเภอเกาะสมุย / เรือนจำอำเภอไชยา
๕๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ / เรือนจำอำเภอรัตนบุรี
๕๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย / เรือนจำจังหวัดหนองคาย
๕๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองบัวลำภู / เรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู
๕๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดอ่างทอง / เรือนจำจังหวัดอ่างทอง
๕๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์ / เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์
๕๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี / เรือนจำจังหวัดอุทัยธานี
๖๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ / เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมราชทัณฑ์ กองบริการทางการแพทย์ โทร. ๐๒ ๙๖๗ ๓๓๕๓ ภายใน ๑๐๗, ๑๐๘

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๓๓๙ **วันที่** ๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง แนวทางการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดสรรยาต้านไวรัสเอชไอวี และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมาย โครงการ ART for Migrants ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน

ด้วยกรมราชทัณฑ์ ร่วมกับ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค ได้กำหนดจัดประชุมการบริหารจัดการโครงการ ART for Migrants ปี ๒๕๖๖ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดสรรยาต้านไวรัสเอชไอวี และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในการนี้ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มผู้ต้องขังต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมาย โครงการ ART for Migrants ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ขอให้เรือนจำดำเนินการสำรวจผู้ต้องขังต่างด้าว คนไทยไร้สิทธิ์ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับการสนับสนุน แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) รายใหม่ที่มีผล Anti-HIV เป็นบวก ๒) รายเก่าที่กินยาต้านเอชไอวีในปัจจุบัน และ ๓) รายเก่าที่ไม่สามารถกินยาหรือดื้อยาสูตรแรก โดยยืนยันรายชื่อและแจ้งเพิ่มเติมไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อขอรับสิทธิ กรณีผู้ป่วยพ้นโทษ/โอนย้าย ให้แจ้งเพื่อยืนยันตัดออก ภายในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นางสาวจุฑารัตน์ จินตกานนท์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

ผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน ๖๖ แห่ง

๑. เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร
๒. เรือนจำพิเศษธนบุรี
๓. เรือนจำพิเศษพัทยา
๔. เรือนจำพิเศษมีนบุรี
๕. เรือนจำกลางกำแพงเพชร
๖. เรือนจำกลางขอนแก่น
๗. เรือนจำกลางเขาบิน
๘. เรือนจำกลางคลองเปรม
๙. เรือนจำกลางคลองไผ่
๑๐. เรือนจำกลางฉะเชิงเทรา
๑๑. เรือนจำกลางชลบุรี
๑๒. เรือนจำกลางเชียงราย
๑๓. เรือนจำกลางเชียงใหม่
๑๔. เรือนจำกลางตาก
๑๕. เรือนจำกลางนครปฐม
๑๖. เรือนจำกลางนครพนม
๑๗. เรือนจำกลางนครราชสีมา
๑๘. เรือนจำกลางนครศรีธรรมราช
๑๙. เรือนจำกลางนครสวรรค์
๒๐. เรือนจำกลางบางขวาง
๒๑. เรือนจำกลางปัตตานี
๒๒. เรือนจำกลางพระนครศรีอยุธยา
๒๓. เรือนจำกลางพัทลุง
๒๔. เรือนจำกลางพิษณุโลก
๒๕. เรือนจำกลางเพชรบุรี
๒๖. เรือนจำกลางยะลา
๒๗. เรือนจำกลางระยอง
๒๘. เรือนจำกลางราชบุรี
๒๙. เรือนจำกลางลพบุรี
๓๐. เรือนจำกลางลำปาง
๓๑. เรือนจำกลางสงขลา
๓๒. เรือนจำกลางสมุทรปราการ
๓๓. เรือนจำกลางสมุทรสงคราม
๓๔. เรือนจำกลางสุราษฎร์ธานี
๓๕. เรือนจำกลางสุรินทร์

ผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน ๖๖ แห่ง (ต่อ)

๓๖. เรือนจำกลางอุดรธานี
๓๗. เรือนจำกลางอุบลราชธานี
๓๘. ทัณฑสถานเกษตรอุตสาหกรรมเขาพริก
๓๙. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง
๔๐. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น
๔๑. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี
๔๒. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษพระนครศรีอยุธยา
๔๓. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษลำปาง
๔๔. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา
๔๕. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษหญิง
๔๖. ทัณฑสถานเปิดทุ่งเบญจา
๔๗. ทัณฑสถานเปิดบ้านนาวง
๔๘. ทัณฑสถานเปิดบ้านเนินสูง
๔๙. ทัณฑสถานเปิดหนองน้ำขุ่น
๕๐. ทัณฑสถานเปิดห้วยโป่ง
๕๑. ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
๕๒. ทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง
๕๓. ทัณฑสถานวัยหนุ่มนครศรีธรรมราช
๕๔. ทัณฑสถานวัยหนุ่มพระนครศรีอยุธยา
๕๕. ทัณฑสถานหญิงกลาง
๕๖. ทัณฑสถานหญิงชลบุรี
๕๗. ทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่
๕๘. ทัณฑสถานหญิงธนบุรี
๕๙. ทัณฑสถานหญิงนครราชสีมา
๖๐. ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก
๖๑. ทัณฑสถานหญิงสงขลา
๖๒. สถานกักขังกลางจังหวัดตราด
๖๓. สถานกักขังกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
๖๔. สถานกักขังกลางจังหวัดปทุมธานี
๖๕. สถานกักขังกลางจังหวัดร้อยเอ็ด
๖๖. สถานกักขังกลางจังหวัดลำปาง



ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๓๕๐

ถึง

กรมราชทัณฑ์ ได้มีหนังสือ ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๓๓๙ ลงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ เรื่อง แนวทางการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดสรรยาต้านไวรัสเอชไอวี และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมาย โครงการ ART for Migrants ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ฉะนั้น จึงขอส่งสำเนาหนังสือดังกล่าวมาเพื่อดำเนินการต่อไป



กองบริการทางการแพทย์
กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน
โทรศัพท์ ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓
โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๒๑๔๖

เรือนจำจังหวัด/เรือนจำอำเภอ ๗๖ แห่ง

๑. เรือนจำจังหวัดกระบี่ / จังหวัดกระบี่
๒. เรือนจำจังหวัดกาญจนบุรี / จังหวัดกาญจนบุรี
๓. เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ / จังหวัดกาฬสินธุ์
๔. เรือนจำจังหวัดจันทบุรี / จังหวัดจันทบุรี
๕. เรือนจำจังหวัดชัยนาท / จังหวัดชัยนาท
๖. เรือนจำจังหวัดชัยภูมิ / จังหวัดชัยภูมิ
๗. เรือนจำจังหวัดชุมพร / จังหวัดชุมพร
๘. เรือนจำจังหวัดตรัง / จังหวัดตรัง
๙. เรือนจำจังหวัดตราด / จังหวัดตราด
๑๐. เรือนจำจังหวัดนครนายก / จังหวัดนครนายก
๑๑. เรือนจำจังหวัดนนทบุรี / จังหวัดนนทบุรี
๑๒. เรือนจำจังหวัดนราธิวาส / จังหวัดนราธิวาส
๑๓. เรือนจำจังหวัดน่าน / จังหวัดน่าน
๑๔. เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ / จังหวัดบึงกาฬ
๑๕. เรือนจำจังหวัดบุรีรัมย์ / จังหวัดบุรีรัมย์
๑๖. เรือนจำจังหวัดปทุมธานี / จังหวัดปทุมธานี
๑๗. เรือนจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ / จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๑๘. เรือนจำจังหวัดปราจีนบุรี / จังหวัดปราจีนบุรี
๑๙. เรือนจำจังหวัดพะเยา / จังหวัดพะเยา
๒๐. เรือนจำจังหวัดพังงา / จังหวัดพังงา
๒๑. เรือนจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา / จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๒. เรือนจำจังหวัดพิจิตร / จังหวัดพิจิตร
๒๓. เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก / จังหวัดพิษณุโลก
๒๔. เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์ / จังหวัดเพชรบูรณ์
๒๕. เรือนจำจังหวัดแพร่ / จังหวัดแพร่
๒๖. เรือนจำจังหวัดภูเก็ต / จังหวัดภูเก็ต
๒๗. เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม / จังหวัดมหาสารคาม
๒๘. เรือนจำจังหวัดมุกดาหาร / จังหวัดมุกดาหาร
๒๙. เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน / จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๓๐. เรือนจำจังหวัดยโสธร / จังหวัดยโสธร
๓๑. เรือนจำจังหวัดระนอง / จังหวัดระนอง
๓๒. เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด / จังหวัดร้อยเอ็ด
๓๓. เรือนจำจังหวัดลำพูน / จังหวัดลำพูน
๓๔. เรือนจำจังหวัดเลย / จังหวัดเลย
๓๕. เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ / จังหวัดศรีสะเกษ
๓๖. เรือนจำจังหวัดสกลนคร / จังหวัดสกลนคร
๓๗. เรือนจำจังหวัดสงขลา / จังหวัดสงขลา
๓๘. เรือนจำจังหวัดสตูล / จังหวัดสตูล
๓๙. เรือนจำจังหวัดสมุทรสาคร / จังหวัดสมุทรสาคร
๔๐. เรือนจำจังหวัดสระแก้ว / จังหวัดสระแก้ว

เรือนจำจังหวัด / เรือนจำอำเภอ ๗๖ แห่ง (ต่อ)

๔๑. เรือนจำจังหวัดสระบุรี / จังหวัดสระบุรี
๔๒. เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี / จังหวัดสิงห์บุรี
๔๓. เรือนจำจังหวัดสุโขทัย / จังหวัดสุโขทัย
๔๔. เรือนจำจังหวัดสุพรรณบุรี / จังหวัดสุพรรณบุรี
๔๕. เรือนจำจังหวัดหนองคาย / จังหวัดหนองคาย
๔๖. เรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู / จังหวัดหนองบัวลำภู
๔๗. เรือนจำจังหวัดอ่างทอง / จังหวัดอ่างทอง
๔๘. เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์ / จังหวัดอุตรดิตถ์
๔๙. เรือนจำจังหวัดอุทัยธานี / จังหวัดอุทัยธานี
๕๐. เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ / จังหวัดอำนาจเจริญ
๕๑. เรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี / จังหวัดปราจีนบุรี
๕๒. เรือนจำอำเภอกันทรลักษณ์ / จังหวัดศรีสะเกษ
๕๓. เรือนจำอำเภอเกาะสมุย / จังวัดสุราษฎร์ธานี
๕๔. เรือนจำอำเภอชัยบาดาล / จังหวัดลพบุรี
๕๕. เรือนจำอำเภอไชยา / จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๕๖. เรือนจำอำเภอตะกั่วป่า / จังหวัดพังงา
๕๗. เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ / จังหวัดกาญจนบุรี
๕๘. เรือนจำอำเภอทุ่งสง / จังหวัดนครศรีธรรมราช
๕๙. เรือนจำอำเภอเทิง / จังหวัดเชียงราย
๖๐. เรือนจำอำเภอธัญบุรี / จังหวัดปทุมธานี
๖๑. เรือนจำอำเภอนางรอง / จังหวัดบุรีรัมย์
๖๒. เรือนจำอำเภอนาทวี / จังหวัดสงขลา
๖๓. เรือนจำอำเภอบัวใหญ่ / จังหวัดนครราชสีมา
๖๔. เรือนจำอำเภอเบตง / จังหวัดยะลา
๖๕. เรือนจำอำเภอปากพนัง / จังหวัดนครศรีธรรมราช
๖๖. เรือนจำอำเภอฝาง / จังหวัดเชียงใหม่
๖๗. เรือนจำอำเภอพล / จังหวัดขอนแก่น
๖๘. เรือนจำอำเภอภูเขียว / จังหวัดชัยภูมิ
๖๙. เรือนจำอำเภอแม่สอด / จังหวัดตาก
๗๐. เรือนจำอำเภอแม่สะเรียง / จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๗๑. เรือนจำอำเภอรัตนบุรี / จังหวัดสุรินทร์
๗๒. เรือนจำอำเภอสวรรคโลก / จังหวัดสุโขทัย
๗๓. เรือนจำอำเภอสว่างแดนดิน / จังหวัดสกลนคร
๗๔. เรือนจำอำเภอสีคิ้ว / จังหวัดนครราชสีมา
๗๕. เรือนจำอำเภอหล่มสัก / จังหวัดเพชรบูรณ์
๗๖. เรือนจำอำเภอหลังสวน / จังหวัดชุมพร

การบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (ART for Migrants)

ค่ำตรองทางห้องปฏิบัติการแก่แรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (ART for Migrants)

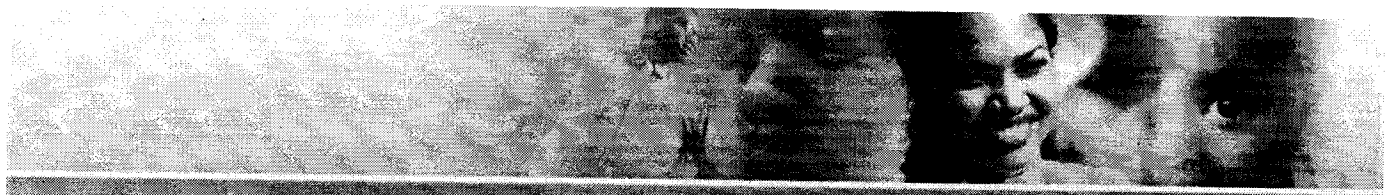
วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ภญ.ลาวัณย์ สันติชินกุล
กลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวี
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค



Contents

I. [illegible]
II. CI9RM
III. TPT
IV. PrEP for Migrants



I. ART for Migrants



การสนับสนุน

- โรงพยาบาลทั่วประเทศ
- เรือนจำ
- ศูนย์พักพิงผู้ลี้ภัย (IRC)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จ่ายยา ARV

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ติดเชื้อ

- รายใหม่ ที่ผล Anti-HIV เป็นบวก
- รายเก่า ที่กินยาต้านเอชไอวีในปัจจุบัน
- รายที่ดื้อยา

การจ่ายยา ARV

จ่ายคืนเป็นยา
จ่ายครั้งละ 6 เดือน

รายการยาที่สนับสนุน

1. Tenofovir(300) + Lamivudine(300) + Dolutegravir(50) : **TLD**
2. Dolutegravir (50) : DTG

ยาเพิ่มเติม รอกองทุนโลกอนุมัติ และ แนวทางการใช้ยา

1. Darunavir/ritonavir (400/50)
2. Lamivudine(150)
3. Tenofovir alafenamide (TAF) (25)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จ่ายเป็นเงิน

รายการที่สนับสนุน

การตรวจ	รายการตรวจ	จำนวนครั้งที่ตรวจ/ปี	ราคา
1. CXR	CXR	1	115
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1. HIV (Antibody)	1	140
	2. Syphilis	1	50
	3. CD4	1	400
	4. VL	1	1,350
	5. Blood chemistry (CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT)	2	25 บาท/รายการ
	6. Drug resistance (175 ราย)	1	6,000
	7. VL ครั้งที่ 2	1	1,350

โทรแจ้งกองโรคเอดส์ฯ ก่อนส่งตรวจ



สรุปการปรับเปลี่ยน พ.ศ.256

รายละเอียด	พ.ศ.2565	พ.ศ. 2566
1.กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลทั้งใน กทม และต่างจังหวัด 2. เรือนจำ 3. ศูนย์พักพิง	เหมือนเดิม
2. จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	1900 ราย + เพิ่ม 510 ราย รวม 2410 ราย	2410 ราย + เพิ่ม 1500 ราย (เรือนจำ 250 ราย)
3. ประเภทผู้ป่วย	1. รายเก่า 2. รายใหม่ ที่สามารถใช้ยา TLD 3. รายที่ดื้อยา 4. หญิงตั้งครรภ์ 5. ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี	1. รายเก่า 2. รายใหม่ ที่สามารถใช้ยา TLD 3. รายที่ดื้อยา



สรุปการปรับเปลี่ยน พ.ศ.256

รายละเอียด	พ.ศ.2565	พ.ศ. 2566
3. ยาต้านเอชไอวี	1. TLD 2. DTG ในรายที่ดื้อยา/แพ้ยา ไม่สามารถใช้ TLD ได้ 3. RALTEGRAVIR 4. AZT , NVP , 3TC syrup	1. TLD 2. DTG 3. DRV/r 4. 3TC 5. TAF
4. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CXR 1 ครั้ง/ปี Syphillis 1 ครั้ง/ปี CBC 2 ครั้ง/ปี Chol. 2 ครั้ง/ปี TG 2 ครั้ง/ปี FBS 2 ครั้ง/ปี SGPT 2 ครั้ง/ปี Cr 2 ครั้ง/ปี CD4 1 ครั้ง/ปี VL 2 ครั้ง/ปี (ประจำปี กับ เคสดื้อยา) DR 1 ครั้ง/ปี (แจ้งกองโรคเอดส์ฯก่อน)	1. ตรวจ DR เพิ่มเป็น 175 ราย

สรุปการปรับเปลี่ยน พ.ศ.2566 (ต่อ)



รายละเอียด	พ.ศ.2565	พ.ศ. 2566
5. การเบิกเงินค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รพ.สรุปส่งทางกองโรคเอดส์ฯ ตามไฟล์ excel	- บันทึกการส่งตรวจแลปผ่านโปรแกรมออนไลน์ - Export excel จากโปรแกรม ส่งมายังกองฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน



1. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย

1. รพ.ส่งข้อมูลยืนยันผู้ป่วยมายังกองโรคเอดส์ฯ เพื่อแจ้งความจำนงขอรับยา
2. กองโรคเอดส์ฯ ขึ้นทะเบียน และส่งต่อข้อมูลให้ สปสช.
3. สปสช. ออกเลข ID สำหรับบันทึกข้อมูลใน NAP
4. กองโรคเอดส์ ฯ ส่ง ID กลับ รพ.

2. บันทึกข้อมูลใน NAP

รพ.บันทึกข้อมูลบริการผู้ป่วยใน NAP
- ยา
- LAB

3. การสนับสนุน

กองโรคเอดส์ฯ
- จ่ายยาคืนให้ รพ.ตามจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ครั้งละ 6 เดือน โดยจัดส่งยา ไปยังโรงพยาบาล
- จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อมูลในโปรแกรมออนไลน์ ART for Migrants (รพ.ชุมชน และ รพ.ที่รับตรวจ CD4 , Viral load , Drug resistance)

การดำเนินงานปี 2566

1. **ยืนยันรายชื่อผู้ป่วยรายเก่าที่อยู่ในโครงการแล้ว และ waiting list ตอบกลับภายใน 20 มกราคม 2566**

   - กองโรคเอดส์ฯ ส่งไฟล์รายชื่อสำหรับให้ รพ. ยืนยัน ผ่าน สศร.

รายเก่า

ปีที่เข้า	เขต	จังหวัด	รพ.	กลุ่มผู้ป่วย	ลำดับ	NAP ID	HN	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล	ตอบรับเข้าร่วมโครงการ ปี 66 (รับต่อ/ตัดออก)
2563	1	เชียงใหม่	สันป่าตอง		10	D4-2020-988872	160991	นาย	PETER CHRISTIANSER		
2563	1	เชียงใหม่	สันป่าตอง		11	D4-2020-988873	179003	นาย	DAVID CARTWRIGHT		
2563	1	เชียงใหม่	สันป่าตอง		12	D4-2020-988874	225959	นาย	ปีเตอร์ เดอร์ซาแก้		
WL		เชียงใหม่	สันป่าตอง		21		253226	นาย	ไช		
WL		เชียงใหม่	สันป่าตอง		22		307282	นาย	CHEN	SHENG	
WL		เชียงใหม่	สันป่าตอง		23		308502	นาย	TERIO JUNIOR	MACASLING	
WL		เชียงใหม่	สันป่าตอง		24		311946	นางสาว	NAN SHAN HON		

Waiting list

ตอบกลับทุกราย
- รับต่อ
- ตัดออก

2. **ถ้ามีรายชื่อเพิ่มเติมนอกเหนือจาก ข้อ 1. ให้กรอกใส่ไฟล์ แบบฟอร์มขอสนับสนุน ART for Migrants 2566 (ไฟล์อยู่ใน qr code download แบบฟอร์มต่างๆ)**

3. **ระหว่างปี ถ้ามีผู้ป่วยรายใหม่ สามารถแจ้งเพิ่มเติมได้ (ถ้ายังไม่ครบจำนวนที่สนับสนุนในแต่ละปี) (ห้ามใช้ NAP ID รายเก่า แทนรายใหม่)**

ขอสนับสนุนรายใหม่ ปี 2566

ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่างด้าวไม่มีสิทธิ์ประกันสุขภาพ ปี 2566
ชื่อหน่วยงาน .....โรงพยาบาล..... จ. .....

ลำดับ	HN	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล	ชื่อเล่น	วันเดือนปีเกิด (ระบุเป็น วว/ดด/พศ เช่น 08/05/2515)	เพศ	สัญชาติ	สูตรยาที่ใช้ในปัจจุบัน
1									
2									
3									
4									

ผู้ประสานงาน :
เบอร์โทร :
ที่อยู่จัดส่งยา :

*** กรุณาตอบกลับที่ : arvformigrants@gmail.com ขอบคุณค่ะ

รายละเอียด **ควรกรอกให้ครบทุกช่อง** เนื่องจากเป็นข้อมูลสำหรับขอ NAP ID จาก สปสช.

แยก 2 ชีท ระหว่าง รพ. กับ เรือนจำ

รพ | เรือนจำ

การดำเนินงานปี 2566 (ต่อ)



4. กองโรคเอดส์ฯ ส่งขอ NAP ID จาก สปสช. เมื่อได้แล้วจะจัดส่งให้ทาง รพ.ต่อไป
5. รพ. **ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ได้ตั้งแต่ มค.-ธค. 2566 ตามชนิด และ จำนวนครั้งที่กำหนด

- ส่งตรวจได้ **โดยไม่ต้องรอเลข NAP** (ถ้ายังไม่มี NAP ID เมื่อส่งตรวจหน่วยตรวจนอก รพ. ให้แนบหนังสือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่กองฯ ร่างไว้ให้ไปด้วย)
- **บันทึกการส่งตรวจ ผ่านโปรแกรม ART for Migrants และ export excel** เพื่อส่งมาเบิกเงินจากกองโรคเอดส์ฯ ช่วง พฤษภาคม และ พฤศจิกายน

6. กองโรคเอดส์ฯ **โอนเงินค่าตรวจให้หน่วยตรวจเดือน มิถุนายน และ ธันวาคม**
7. กองโรคเอดส์ฯ **จัดส่งยาให้ปีละ 2 ครั้ง เดือน กพ. และ สค.**
   - รพ. scan qr code รับยา ที่อยู่ในใบนำส่งยา
   - รพ.สั่งจ่ายยาใน NAP ตามที่จ่ายให้ผู้ป่วยจริง
8. กรณีผู้ป่วยติดต่อไม่ได้ เสียชีวิต ย้าย รพ. -----> แจ้งกองโรคเอดส์ฯ เพื่อยืนยันตัดออก/โอนย้ายผู้ป่วย

ขั้นตอน เอกสาร ต่างๆ

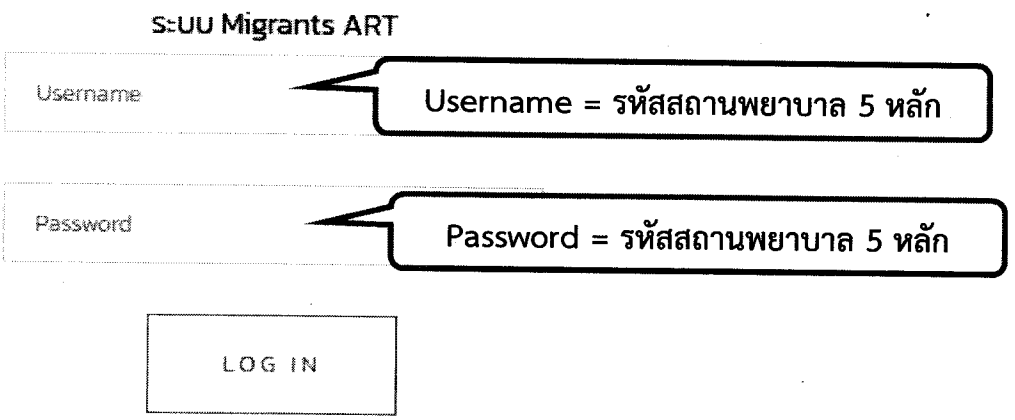


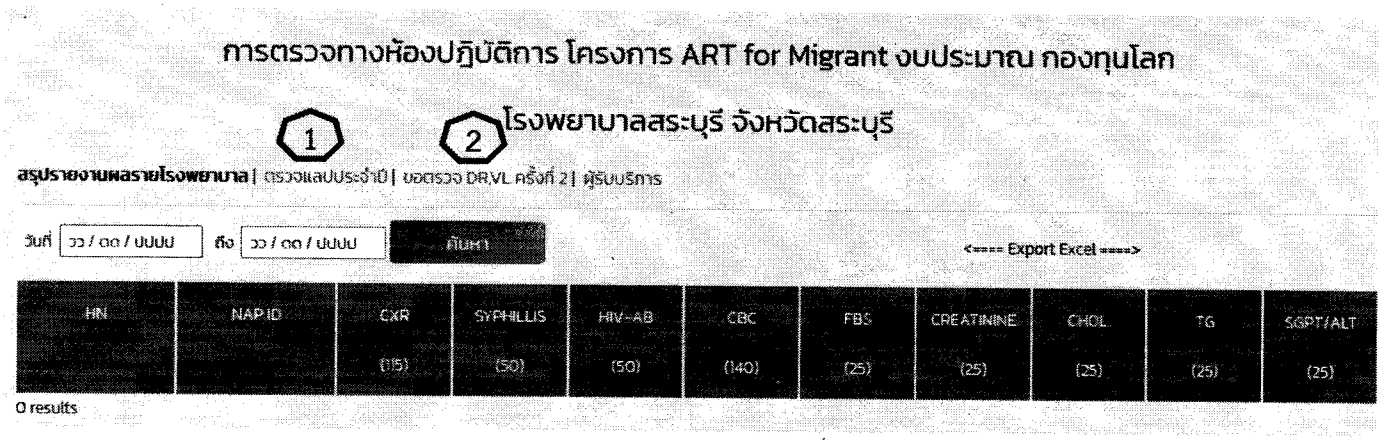
ขั้นตอน	ไฟล์ที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลา
1. ขอสนับสนุนรายใหม่	ไฟล์ excel ชื่อ แบบฟอร์มขอสนับสนุน ART for Migrants 66	มค – ธค 2566 หรือจนกว่าจะครบจำนวน
2. จัดส่งยา		กุมภาพันธ์ และ สิงหาคม
3. ขอสนับสนุน DTG	ไฟล์ excel ชื่อ ขอสนับสนุน DTG	ตลอดปี
4. ขอส่งตรวจดื้อยา	ไฟล์ excel ชื่อ ขอส่งตรวจ DR	ตลอดปี
5. ส่งตรวจแลป		ตลอดปี
6. สรุปการตรวจแลป	บันทึกในโปรแกรม ART for Migrants และ print สรุปส่งกองโรคเอดส์ฯ	ส่งภายในวันที่ 30 ของเดือน พฤษภาคม และ พฤศจิกายน
7. โอนเงินค่าตรวจแลป		มิถุนายน และ ธันวาคม

QR Code สำหรับ download แบบฟอร์มต่างๆ ของ โครงการ ART FOR MIGRANTS

https://drive.google.com/drive/folders/1E9cP-4CpuUi4DQmYULW2LXvUqdlXrWip?usp=sharing







1 สำหรับบันทึกการตรวจแลปประจำปี

2 สำหรับบันทึกการตรวจ DR และ VL ครั้งที่ 2



การบันทึกข้อมูลการให้บริการช่วงสถานการณ์โควิด

โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

สรุปรายงานผลรายโรงพยาบาล | ตรวจแลปประจำปี | ยอดตรวจ DR,VL ครั้งที่ 2 | ผู้รับบริการ

1

ชื่อ-สกุล ---- เลือก ชื่อ-นามสกุล--- --

NAP ID ขึ้นอัตโนมัติ

LAB ที่ตรวจ -เลือกรายการ-

2

ส่งตรวจที่ -----เลือก โรงพยาบาล------

3

4

วันที่ส่งตรวจ วว / ดด / ปปปป

ครั้งที่ส่งตรวจ

5

6 บันทึกข้อมูล

-เลือกรายการ-
CXR
Syphillis
CBC
FBS
Creatinine

NO	NAP ID	ชื่อ-สกุล	LAB ที่ตรวจ	ส่งตรวจที่	วันที่ส่งตรวจ	ครั้งที่ส่งตรวจ	ลบ

0 results



การบันทึกข้อมูลการให้บริการช่วงสถานการณ์โควิด

โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

สรุปรายงานผลรายโรงพยาบาล | ตรวจแลปประจำ | ยอดตรวจ DR,VL ครั้งที่ 2 | ผู้รับบริการ

ชื่อ-สกุล ---- เลือก ชื่อ-นามสกุล--- --

NAP ID

VL ก่อนส่งตรวจ

ครั้งที่ส่งตรวจ

ยอดตรวจ DR

วันที่ส่งตรวจ วว / ดด / ปปปป รพ.รับตรวจ ---เลือก โรงพยาบาล-----

ผลตรวจ DR ---เลือกรายการ--- ----เลือกยา----

ยอดตรวจ VL2

วันที่ส่งตรวจ วว / ดด / ปปปป รพ.รับตรวจ ---เลือก โรงพยาบาล-----

VL หลังตรวจซ้ำ

บันทึกข้อมูล

---เลือกรายการ---
ไม่ต้องยา
ต้องต่อยา

----เลือกยา----
TDF/3TC/DTG
DOLUTEGRAVIR
RALTEGRAVIR
AZT SYR.
NVP SYR.



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โครงการ ART for Migrant งบประมาณ กองทุนโลก

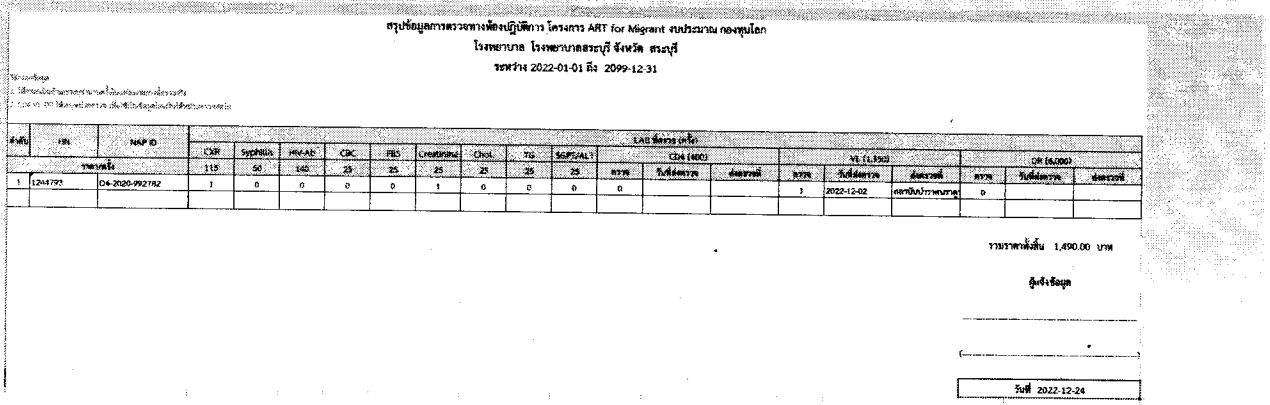
โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

สรุปรายงานผลรายโรงพยาบาล | ตรวจแลปประจำปี | ยอดตรวจ DR,VL ครั้งที่ 2 | ผู้รับบริการ

วันที่ วว / ดด / ปปปป ถึง วว / ดด / ปปปป ค้นหา <==== Export Excel ====>

HN	NAP ID	CXR (115)	SYPHILLIS (50)	HIV-AB (50)	CBC (140)	FBS (25)	CREATININE (25)	CHOL (25)	TG (25)	SGPT/ALT (25)

0 results



สรุปข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โครงการ ART for Migrant งบประมาณ กองทุนโลก
โรงพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัด สระบุรี
ระหว่าง 2022-01-01 ถึง 2099-12-31

ลำดับ	HN	NAP ID	LAB ที่ตรวจ (ครั้ง)																		
			CXR	Syphilis	HIV-Ab	CBC	FBS	Creatinine	Chol.	TG	SGPT/ALT	CD4 (400)			VL (1,350)			DR (6,000)		
	ราคาครั้ง		115	50	140	25	25	25	25	25	25	ราคา	วันที่ส่งตรวจ	ส่งตรวจที่	ราคา	วันที่ส่งตรวจ	ส่งตรวจที่	ราคา	วันที่ส่งตรวจ	ส่งตรวจที่
1	1244792	04-2020-992782	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0			1	2022-12-02	คลินิกบำราศนราดูร	0		

รวมราคาทั้งสิ้น 1,490.00 บาท

ผู้แจ้งข้อมูล

วันที่ 2022-12-24

QR code ไลน์กลุ่ม ART for Migrants

สำหรับ
- สอบถาม / ปรึกษา
- แจ้งเรื่องที่เกี่ยวข้อง
- ติดตาม การดำเนินงาน

ติดต่อ :
ภญ.ลาวัณย์ สันติชินกุล
02-5903211
arvformigrants@gmail.com

https://line.me/ti/g2/lhPiOeXX5Org94MmIMmv1Q?utm_source=invitation&utm_medium=link_copy&utm_campaign=default

เป็นกลุ่ม open chat ที่รับผู้เข้าร่วมได้ 5000 คน
ห้าม!!! ส่งลิงค์ ให้คนอื่นๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์จาก รพ.ที่ได้รับการสนับสนุน



II. โครงการการป้องกันและการเข้าถึง การดูแลรักษาโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (C19RM)



C19RM

กองทุนโลก สนับสนุนการดูแลรักษาต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพในช่วงการระบาดของโควิด-19 เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย : แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ในโครงการ ART for Migrants เท่านั้น

C19RM



กิจกรรม

1. การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ให้แก่ ผู้ที่มีอาการคงที่ : กด VL ได้ , adherence ดี , ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส/ภาวะแทรกซ้อน
2. สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาที่ รพ. ให้แก่ ผู้ที่มีอาการไม่คงที่
3. สนับสนุนค่าบันทึกข้อมูลการติดตามผู้ป่วยมารับการรักษา



รายละเอียดการดำเนินงาน C19RM (เมษายน 2565 – มีนาคม 2566)

กิจกรรม	การสนับสนุน	วิธีการดำเนินงาน
1. จัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (80% ของ 2410 = 1928 ราย)	50บาท/ครั้ง จัดส่งไม่เกินปีละ 4 ครั้ง (รวม 200 บาท/ราย/ปี)	1. จัดทำ MOU และ จัดทำโครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณมายังกองโรคเอดส์ฯ 2. แนบสำเนาบัญชีธนาคารของรพ.สำหรับรับเงินโอนจากกองโรคเอดส์ฯ 3. กองโรคเอดส์ฯ โอนเงินให้ตามจำนวนที่ขอสนับสนุน และทาง รพ.ส่งใบเสร็จรับเงินให้กองโรคเอดส์ฯ 4. ลงบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของกองโรคเอดส์ฯ
2. ค่าเดินทางมารับการรักษาที่ รพ. ให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ (20% ของ 2410 = 482 ราย)	100 บาท/ครั้ง จ่ายได้ไม่เกิน 4 ครั้ง/ราย (รวม 400 บาท/ราย/ปี)	
3. ค่าบันทึกข้อมูล(2410 ราย) - ส่งยาทางไปรษณีย์ - ผู้ป่วยที่เดินทางมา รพ. - การติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง	25 บาท/ราย	1. ลงบันทึกข้อมูลการติดตามผู้ป่วยในโปรแกรมของกองโรคเอดส์ฯ 2. ส่งแบบฟอร์มใบสำคัญรับเงิน เพื่อขอรับงบประมาณตามจำนวนที่ลงบันทึก ทุก 6 เดือน (ตัดที่ 30 กย. และ 31 มีค.) 3. กองโรคเอดส์ฯ ตรวจสอบความถูกต้องและโอนเงินให้ภายในเดือน กรกฎาคม และ มกราคมของปีถัดไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน C19



1. สมัครเข้าร่วมกิจกรรม โดย กรอกเอกสารบันทึกความร่วมมือฯ (MOU)
2. จัดส่งเอกสารมายังกองโรคเอดส์ฯ
3. เมื่อกองโรคเอดส์ฯ อนุมัติ จะจัดส่งงบประมาณให้ตามรายละเอียดที่ขอสนับสนุน
4. รพ.ทำกิจกรรม และ บันทึกข้อมูลในโปรแกรม ตั้งแต่ เม.ย.65 – มี.ค.66
5. ส่งใบสำคัญรับเงิน เพื่อขอรับเงินกรณีบันทึกข้อมูลในโปรแกรม เดือน ก.ย.65 และ มี.ค.66

Qr code เอกสาร C19RM

1. หนังสือใบปะหน้าส่งความร่วมมือฯ (MOU)

- บริเวณอักษรสีแดง ให้ปรับเป็นของหน่วยงาน
- จำนวน (ราย) และ จำนวน (บาท) ยกมาจากหนังสือ MOU
- ผู้เซนต์ คือ ผู้อำนวยการ หรือ รอง ผอ. หรือ รักษาการ



ที่ สธ ๐๔๑๐.๐๔/

กรมควบคุมโรค
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ส่งบันทึกความร่วมมือในการดำเนินโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลรักษาโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน ผอ.สถาบันราชประชาสมาสัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย บันทึกความร่วมมือในการดำเนินโครงการ จำนวน ๓ ฉบับ

ตามที่กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลรักษาโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ในหน่วยงานที่ดูแลรักษาแรงงานต่างด้าวผิดเชื่อเอชไอวีที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ โดยการจัดส่งยาสารโปรตีนมีไว้ให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มีภาวะคงที่ และ สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาตามนัดของผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่คงที่ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยมีเป้าหมาย จำนวน ..... ราย งบประมาณดำเนินงาน จำนวน ..... บาท (..... บาทถ้วน) และ จัดส่งบันทึกความร่วมมือฯ ดังกล่าว กลับไปยังกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล ..... ได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือในการดำเนินโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลรักษาโรค COVID-๑๙ สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่าง กรมควบคุมโรค กับ โรงพยาบาล ..... เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

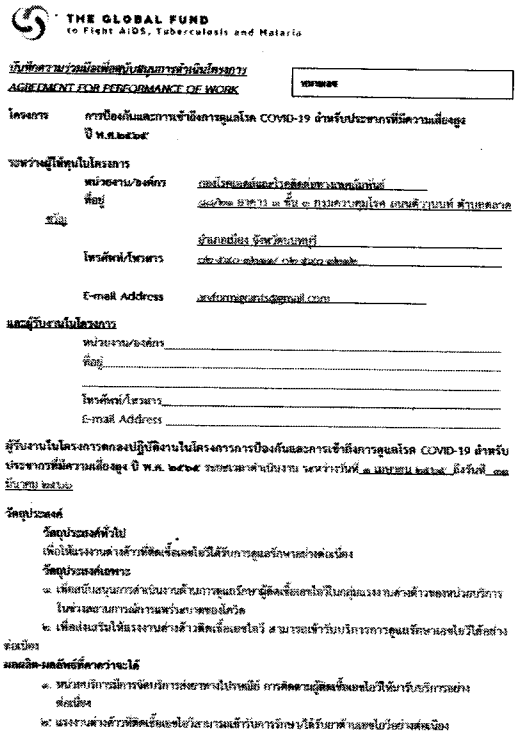
ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
โทร. ๐ ๒๕๑๐ ๗๗๑๑
โทรสาร ๐ ๒๕๘๐ ๔๒๑๒

2. บันทึกความร่วมมือฯ (MOU)



THE GLOBAL FUND
to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการ
AGREEMENT FOR PERFORMANCE OF WORK

โครงการ การป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ.๒๕๖๕

ระหว่างผู้ให้ทุนโครงการ
หน่วยงาน/องค์กร กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ที่อยู่ อาคาร ชั้นที่ ๗ กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ ตำบลตลาด
อำเภอ
จังหวัด นนทบุรี
โทรศัพท์/โทรสาร
E-mail Address

และผู้รับงานโครงการ
หน่วยงาน/องค์กร
ที่อยู่
โทรศัพท์/โทรสาร
E-mail Address

ผู้รับงานโครงการตกลงปฏิบัติงานในโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖

วัตถุประสงค์
วัตถุประสงค์ทั่วไป
เพื่อให้แรงงานต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์เฉพาะ
๑. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของหน่วยบริการในพื้นที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด
๒. เพื่อส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้ารับบริการการดูแลรักษาอย่างไม่ขาดช่วงต่อเนื่อง
ผลผลิต-ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้
๑. หน่วยบริการมีการจัดบริการส่งยาทางไปรษณีย์ การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง
๒. แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้ารับการรักษาได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดงบ การสนับสนุนงบประมาณและการส่งผลผลิตโครงการฯ

1. การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานและส่งผลผลิตก่อนการดำเนินงาน : จำนวน ..... บาท
กำหนดการจ่ายเงินเป็น 1 งวด ดังนี้
งวดที่ 1 ร้อยละ 100 ของงบประมาณการดำเนินงานทั้งหมด จำนวน ..... บาท (.....บาทถ้วน)
หลังจากลงนามในสัญญาร่วมดำเนินงานแล้วภายใน 30 วัน พร้อมทั้งผู้รับงานนำส่งผลผลิตต่อไปนี้

ที่งวด	ผลผลิต
1. จัดส่งยาต้านเอชไอวีทางไปรษณีย์	ผู้ป่วยได้รับยาต้านเอชไอวีทางไปรษณีย์
2. สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาตามนัดที่หน่วยบริการ	ผู้ป่วยมารักษาตามนัดทุกครั้ง

2. การกำหนดส่งผลผลิตหลังจากได้รับสนับสนุนงบประมาณ

ที่งวด	ผลผลิต
1. ดำเนินกิจกรรมโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID 19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ.๒๕๖๕ ระยะเวลาดำเนินงาน เมษายน ๒๕๖๕ – มีนาคม ๒๕๖๖	รายงานผลการดำเนินโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID 19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ.๒๕๖๕ ในโปรแกรมออนไลน์ที่ทางกองโรคเอดส์กำหนด ให้เสร็จสิ้นภายใน มีนาคม ๒๕๖๖

การชำระเงินโดยผ่านธนาคารของผู้รับจ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้
ชื่อบัญชี
ธนาคาร สาขา จังหวัด
ประเภทบัญชีธนาคาร หมายเลขบัญชี
อันที่ความร่วมมือนี้ทำขึ้นเพื่อให้เป็นที่รับรู้ระหว่างบุคคลสองฝ่ายดังนี้

ผู้รับงาน/ผู้เสนอโครงการ .....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล .....
วันที่.....

ผู้ให้ทุน/ผู้อนุมัติโครงการ .....
วันที่.....

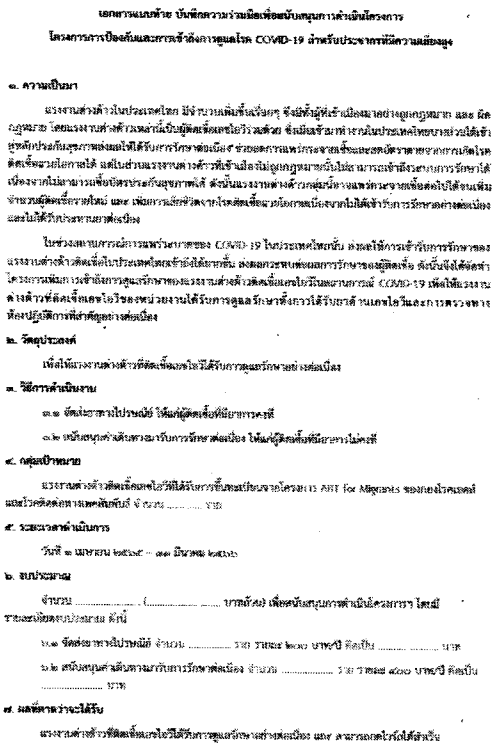
เป็นจำนวนเงิน = งวดที่ 1

เป็นจำนวนเงิน จากข้อ 6.1 และ 6.2

บัญชีของ รพ. หรือ
บัญชีใดก็ได้ที่ รพ.สะดวก ที่ ผอ.รับทราบ

ลายเซ็น ผู้อำนวยการ รพ. หรือ
รอง ผอ. หรือ รักษาการ

3. เอกสารแนบท้าย
บันทึกความร่วมมือฯ
(MOU)



เอกสารแนบท้าย บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการ
โครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

๑. ความเป็นมา

แรงงานต่างด้าวในประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงมีทั้งผู้ที่เข้าเมืองมาอย่างถูกกฎหมาย และ ผิดกฎหมาย โดยแรงงานต่างด้าวเหล่านี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย จึงมีแนวทำงานในประเทศไทยบางส่วนได้เข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการรักษาต่อเนื่อง ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อและลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ แต่ในส่วนแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมายนั้นไม่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้ เนื่องจากไม่มีเอกสารเพื่อยืนยันตัวบุคคลที่ชัดเจน ดังนั้นแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงมากในการแพร่กระจายเชื้อต่อไปได้ตลอดเวลา ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และ เพิ่มการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นจำนวนมากได้ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และไม่ได้รับประกันสุขภาพต่อเนื่อง

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยนั้น ส่งผลให้การเข้ารับการรักษาของแรงงานต่างด้าวติดเชื้อในประเทศไทยเข้าถึงได้ยากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาของผู้ติดเชื้อ ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงการดูแลรักษาของแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ COVID-19 เพื่อให้แรงงานต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวีของหน่วยงานได้รับการดูแลรักษาทั้งการได้รับยาต้านเอชไอวีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้แรงงานต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

๓. วิธีการดำเนินงาน

๓.๑ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ ให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มียาทางนี้

๓.๒ สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาต่อเนื่อง ให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มียาทางไม่ทางนี้

๔. กลุ่มเป้าหมาย

แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากโครงการ ART for Migrants ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ..... ราย

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๖. งบประมาณ

จำนวน ..... (..... บาทถ้วน) เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ โดยมีรายละเอียดงบประมาณ ดังนี้

๖.๑ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ จำนวน ..... ราย รายละ ๒๐๐ บาท/ปี คิดเป็น ..... บาท

๖.๒ สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน ..... ราย รายละ ๔๐๐ บาท/ปี คิดเป็น ..... บาท

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาต่างต่อเนื่อง และ สามารถลดไวรัสได้สำเร็จ

๔. กลุ่มเป้าหมาย

แรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากโครงการ ART for Migrants ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน ..... ราย

จำนวนคนไข้ทั้งหมดในโครงการ ART for Migrants

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ ๑ เมษายน

เป็นจำนวนรวมของ 6.1 และ 6.2 อาจจะน้อยกว่า หรือ เท่ากับจำนวนคนไข้ในโครงการ ART for Migrants

๖. งบประมาณ

จำนวน ..... (..... บาทถ้วน) เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ โดยมีรายละเอียดงบประมาณ ดังนี้

๖.๑ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ จำนวน ..... ราย รายละ ๒๐๐ บาท/ปี คิดเป็น ..... บาท

๖.๒ สนับสนุนค่าเดินทางมารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน ..... ราย รายละ ๔๐๐ บาท/ปี คิดเป็น ..... บาท

จำนวน ในข้อ 6.1 และ 6.2
- รายชื่อคนไข้ที่รับใน 2 ข้อนี้ ต้องไม่ซ้ำกัน
- รวมแล้วไม่เกินจำนวนคนไข้ที่อยู่ในโครงการ ART for Migrants

๘. กำหนดงวดงานและงวดเงิน

เป็นการลงนามในข้อตกลงระหว่าง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับ โรงพยาบาล..... โดยมีการกำหนดการจ่ายเงินและการรายงานผลผลิต ดังนี้

การจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานทั้งหมด ..... (.....) บาทถ้วน โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จัดสรรให้หน่วยงาน ๑ งวด

กิจกรรม	ผลผลิต
๑. จัดส่งยาต้านไปรษณีย์ ให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มีอาการคงที่	จำนวนแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไปรษณีย์
๒. สนับสนุนค่าเดินทางมารับยารักษาต่อเนื่องให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มียาไม่คงที่	จำนวนแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนค่าเดินทาง

๙. หน่วยงานรับผิดชอบ

โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

๑๐. รายชื่อผู้ประสานงาน

๑๐.๑ ชื่อ ..... นามสกุล .....

แผนก .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน/มือถือ ..... มือถือ .....

โทรสาร ..... อีเมล์ .....

๑๐.๒ ชื่อ ..... นามสกุล .....

แผนก .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน/มือถือ ..... มือถือ .....

โทรสาร ..... อีเมล์ .....

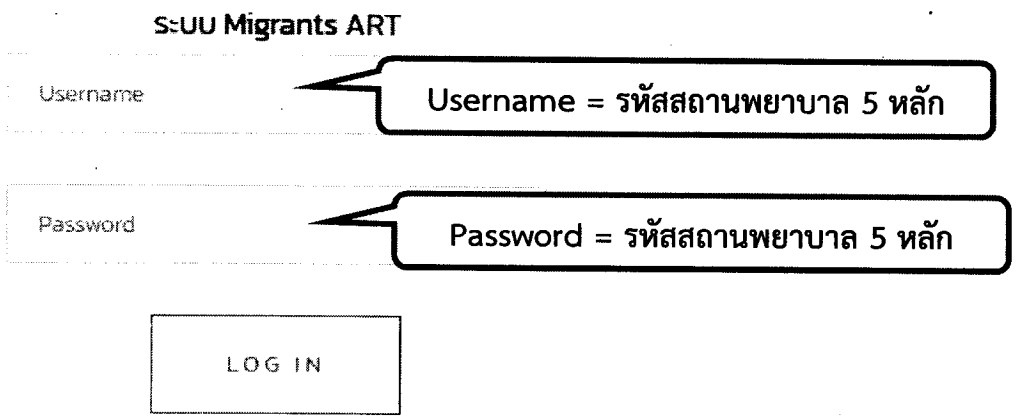
แผนการดำเนินงาน

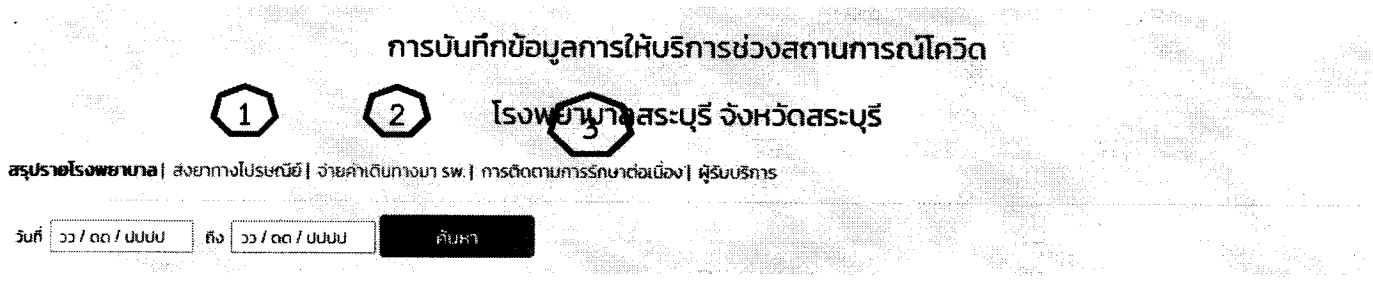
กิจกรรม	พ.ศ.๒๕๖๕											พ.ศ.๒๕๖๖		
	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
๑. จัดทำแผนงานโครงการ	←	→												
๒. ดำเนินกิจกรรม			←											→
๓. สรุปผลการดำเนินงาน								←	→					← →

4. บันทึกข้อมูลการให้บริการ

http://www.tranferhealthcare.com/





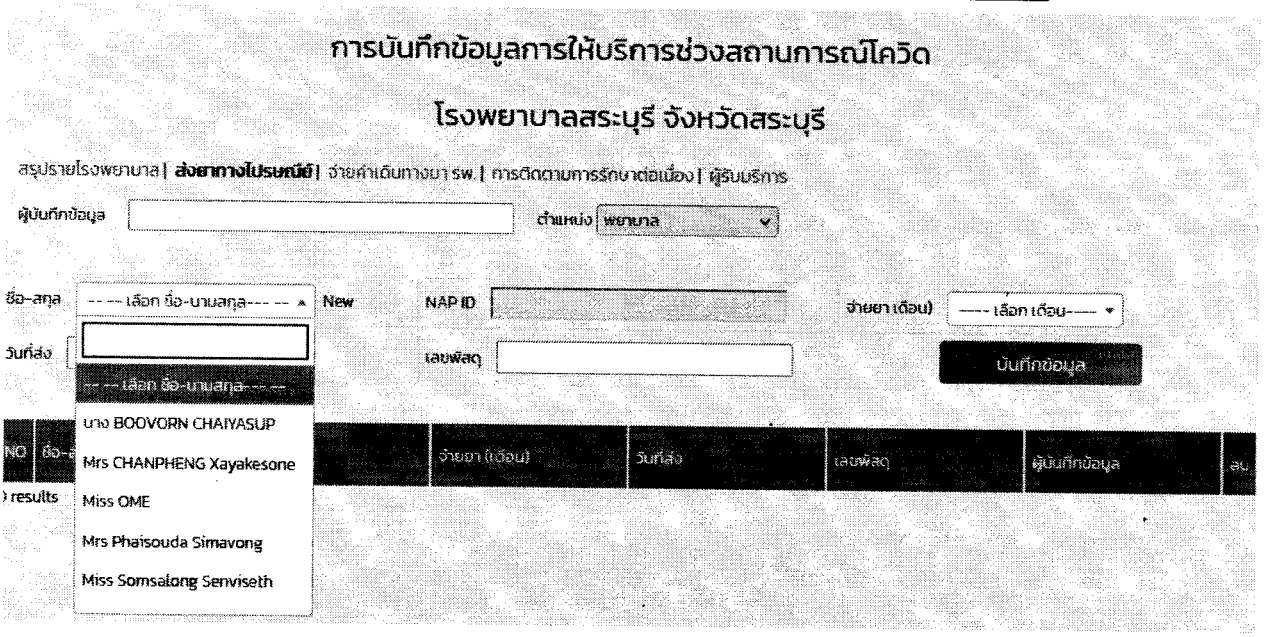


1 สำหรับบันทึกกิจกรรม ส่งยาทางไปรษณีย์ (เฉพาะเคสที่แจ้งขอสนับสนุนไว้)

2 สำหรับบันทึกกิจกรรม จ่ายค่าเดินทางมา รพ. (เฉพาะเคสที่แจ้งขอสนับสนุนไว้)

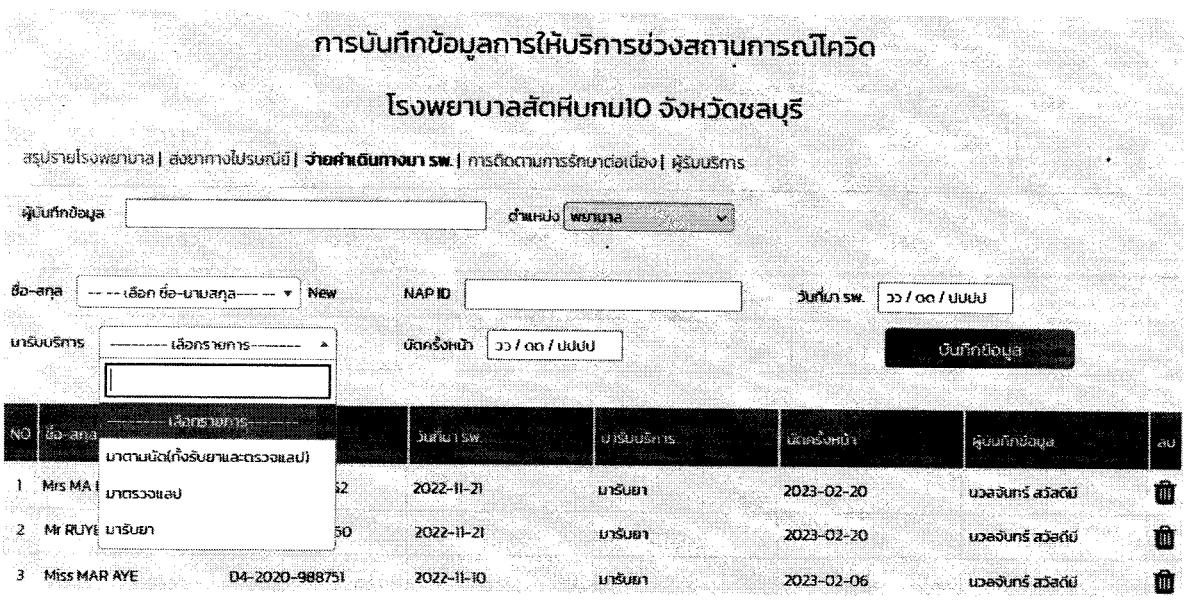
3 สำหรับบันทึกกิจกรรม การติดตามมารักษาต่อเนื่อง (ได้ทุกรายในโครงการ — ไม่ต้องทำ MOU บันทึกได้เลย)

บันทึกกิจกรรม การจัดส่งยาทางไปรษณีย์



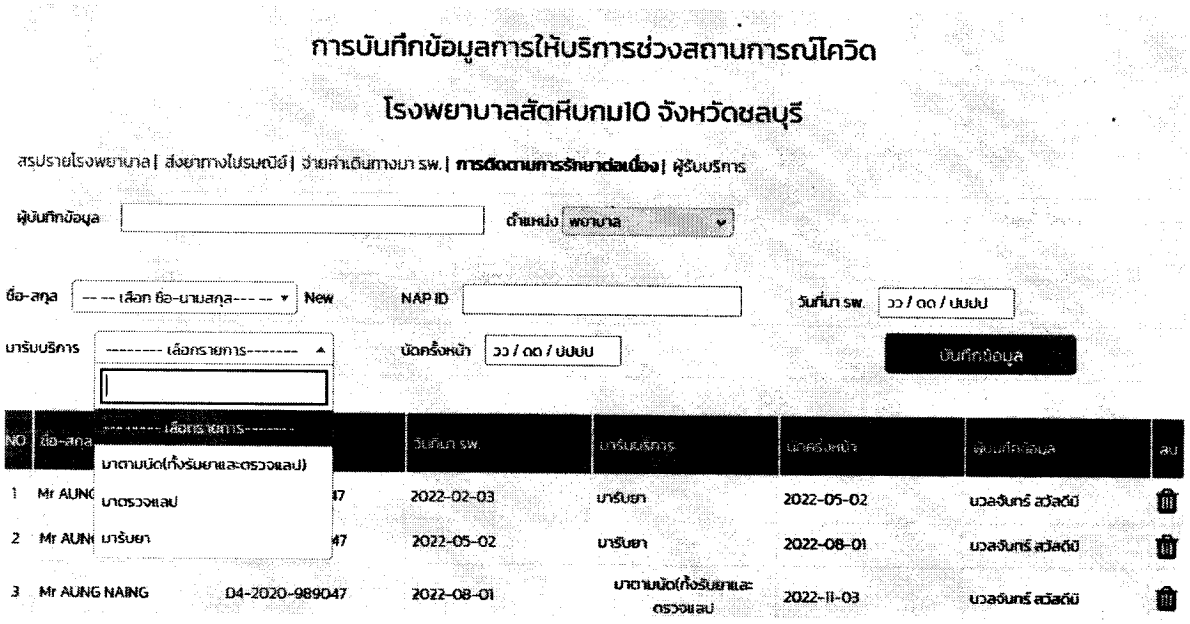
1. ใส่ชื่อผู้บันทึกข้อมูล และ ตำแหน่ง
2. เลือกชื่อผู้ป่วย (มีให้เลือกอัตโนมัติ สัมพันธ์กับ รพ.) เลข NAP ID จะขึ้นให้อัตโนมัติ
3. เลือกเดือนที่จัดส่งยา
4. ระบุวันที่ส่งยา
5. ระบุเลขพัสดุที่จัดส่ง
6. กดบันทึกข้อมูล

บันทึกกิจกรรม จ่ายค่าเดินทางมา รพ.



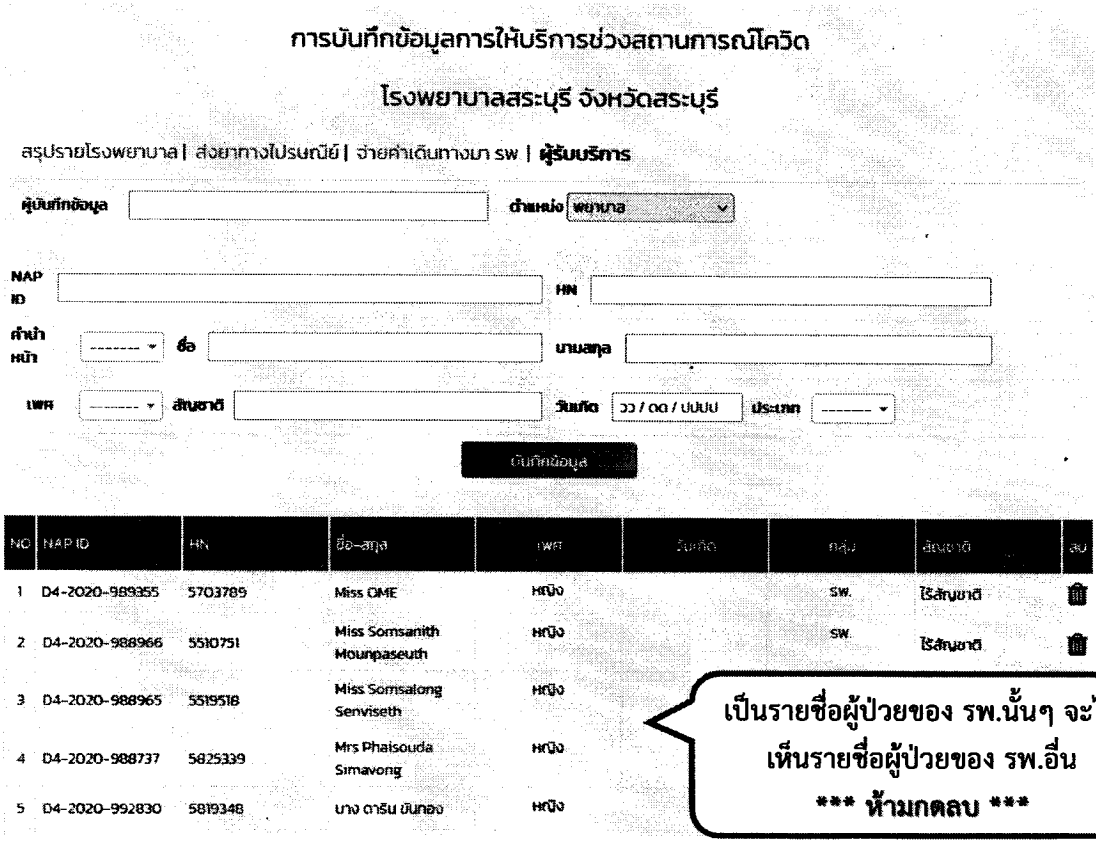
1. ใส่ชื่อผู้บันทึกข้อมูล และ ตำแหน่ง
2. เลือกชื่อผู้ป่วย (มีให้เลือกอัตโนมัติ สัมพันธ์กับ รพ.) เลข NAP ID จะขึ้นให้อัตโนมัติ
3. เลือกวันเดือนปี ที่มา รพ.
4. ระบุการมารับบริการ : มาตามนัด(ทั้งรับยาและตรวจแลป) , มาตรวจแลป , มารับยา
5. กรอกวันนัดครั้งต่อไป
6. กดบันทึกข้อมูล

บันทึกกิจกรรม การติดตามมารักษาต่อเนื่อง : บันทึกทุกรายในโครงการ ART for Migrants



1. ใส่ชื่อผู้บันทึกข้อมูล และ ตำแหน่ง
2. เลือกชื่อผู้ป่วย (มีให้เลือกอัตโนมัติ สัมพันธ์กับ รพ.) เลข NAP ID จะขึ้นให้อัตโนมัติ
3. เลือกวันเดือนปี ที่มา รพ.
4. ระบุการมารับบริการ : มาตามนัด(ทั้งรับยาและตรวจแลป) , มาตรวจแลป , มารับยา
5. กรอกวันนัดครั้งต่อไป
6. กดบันทึกข้อมูล

หน้าจอผู้รับบริการ



เป็นรายชื่อผู้ป่วยของ รพ.นั้นๆ จะไม่เห็นรายชื่อผู้ป่วยของ รพ.อื่น

*** ห้ามกดลบ ***

5. ใบสำคัญรับเงิน

- สรุปจำนวนจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล
- ส่งเบิก ภายใน 31 มีค 66

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล .....ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในโครงการการป้องกันและการเข้าถึงการดูแลโรค COVID-19 สำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ปี พ.ศ.๒๕๖๕ Project Code: C19RM ดังรายละเอียดต่อไปนี้

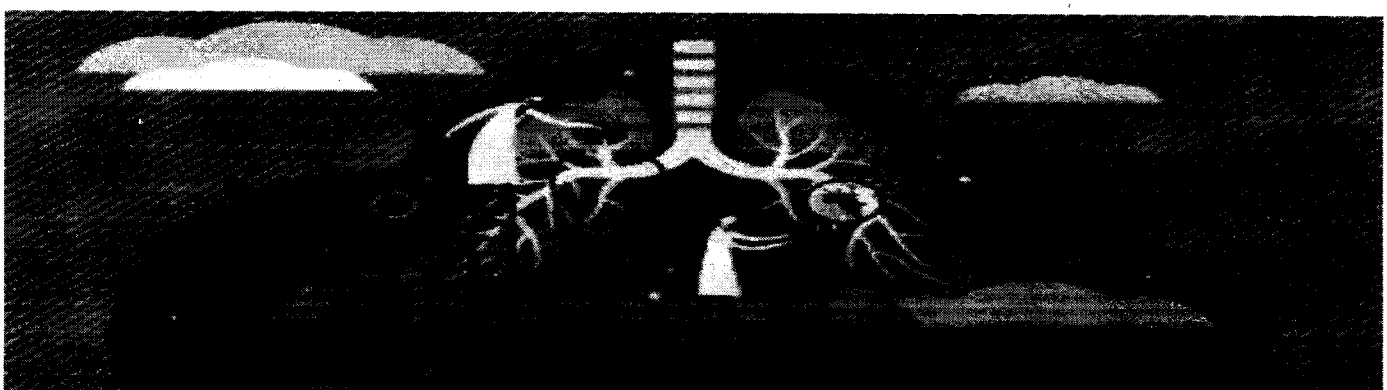
รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
พิจารณาเช็ค √ ในช่องที่ทำกิจกรรม ☐ ค่าตอบแทนการบันทึกข้อมูลการจัดส่งยาด้านเอชไอวีทางไปรษณีย์ไทย (25 บาท/ราย) จำนวน ..... ราย ☐ ค่าตอบแทนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่รับการสนับสนุนค่าเดินทาง (25 บาท/ราย) จำนวน ..... ราย ☐ ค่าตอบแทนการบันทึกข้อมูลการติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง (25บาท/ราย) จำนวน ..... ราย ระหว่างวันที่.....ถึง.....	....	
รวม		

(=.....=)

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

หมายเหตุ: แบ่งการเบิกจ่ายเป็น ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ และ ครั้งที่ ๒ ภายในวันที่ ๓๓ มีนาคม ๒๕๖๖

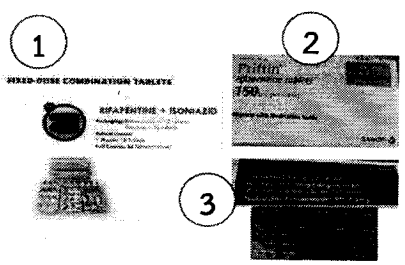


III. การรักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT)



โครงการการรักษาวัณโรคระยะแฝง

1. สนับสนุนยารักษาวัณโรคระยะแฝง
    1. Rifapentine/Isoniazid (300/300) 1 กล่อง มี 36 เม็ด
    2. Rifapentine 150 mg : 1 กล่อง มี 24 เม็ด
    3. Isoniazid 300 mg : 1 กล่อง มี 672 เม็ด
2. สนับสนุนชุดตรวจ TST
3. บันทึกแจ้งขอสนับสนุน ในลิงก์ http://tpthiv.ddc.moph.go.th/
4. บันทึกผลการดำเนินงาน : รายงานการใช้ชุดตรวจ รายงานการใช้ยา



ผู้ประสานงาน : ลาวัณย์(ตุ้ม) , อรณิชา(แฟง) , วิสวุธ(ปั๊ม)
โทร: 0 2590 3211

https://line.me/ti/g/mtoVrCHj0A

ยา Rifapentine + Isoniazid สูตร 1HP , 3HP

ขนาดยา TPT ตามน้ำหนัก สูตรหลักและทางเลือก

สูตรยา	ขนาดยา			
3HP weekly (12 doses)	อายุ 2-14 ปี		อายุ >14 ปี	
	Isoniazid	Rifapentine	Isoniazid	Rifapentine
	10-15 kg. = 300 mg. 16-23 kg. = 500 mg. 24-30 kg. = 600 mg. >30 kg. = 700 mg.	10-15 kg. = 300 mg. 16-23 kg. = 450 mg. 24-30 kg. = 600 mg. >30 kg. = 750 mg.	15 mg/kg ถ้าคำนวนมีเศษให้ปรับขึ้นให้เต็ม 100 mg (max dose 900 mg.)	<50 kg. = 750 mg. ≥50 kg. = 900 mg.
1HP (daily) (28 doses)	**อายุ ≥ 13 ปี** Isoniazid 300 mg. และ Rifapentine *ขนาดยา rifapentine (ขนาดตามน้ำหนัก) ดังนี้ <35 kg. = 300 mg. 35-45 kg. = 450 mg. >45 kg. = 600 mg.			

สูตรยา	ขนาดยา ต่อน้ำหนักตัวต่อวัน (mg/kg./day)	
4R	**อายุ <10 ปี** : Rifampicin 15 mg. (10-20 mg.)	**อายุ ≥10 ปี** : Rifampicin 10 mg.
3HR	**อายุ <10 ปี** : Isoniazid 10 mg. (7-15 mg.) Rifampicin 15 mg. (10-20 mg.)	**อายุ ≥10 ปี** : Isoniazid 5 mg. Rifampicin 10 mg.
6-9H	**อายุ <10 ปี** : Isoniazid 10 mg. (7-15 mg.)	**อายุ ≥10 ปี** : Isoniazid 5 mg.

H: isoniazid, R: rifampicin, P: rifapentine

ที่มา: WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 1:Preventive Tuberculosis preventive treatment 2020 และ *ขนาดยาในเด็กและผู้ใหญ่อายุ > 14 ปีในสูตร HP ตาม U.S. CDC Guidelines for the treatment of latent tuberculosis infection: Recommendations from the national tuberculosis controllers association and CDC, 2020 เนื่องจากจากการศึกษานำร่องในผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบผลข้างเคียงสูงขึ้นในผู้ใหญ่น้ำหนักตัวน้อยทุกราย หากใช้โด้ส 900 mg./900 mg. ตามข้อแนะนำของ WHO

Adverse Effects of 3HP & Clinical Management

สอบถามอาการของภาวะเหล่านี้ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย แนะนำให้นัดผู้ป่วยพร้อมกับการนัดติดตามที่ ARV Clinic **ทุกครั้ง หรือทุก 1 เดือนในช่วงแรก**

- Loss of appetite
- Nausea or vomiting
- Abdominal discomfort
- Yellow eyes, pale-colored stools, or dark-colored urine
- Persistent fatigue or weakness

→ **Signs of hepatic failure**

- **Stable ART patient** → **Continue ARVs**, **Stop 3HP**, **Obtain LFTs (if available)**, **Consult physician**
- **New ART patient** → **Hold ARVs**, **Stop 3HP**, **Obtain LFTs (if available)**, **Consult physician**

OR

- Peripheral neuropathy (PN) → **PN** → **Continue ARVs**, **Continue 3HP**, **Increase B6 dose to 100 mg daily**, **Return visit in 2 weeks**

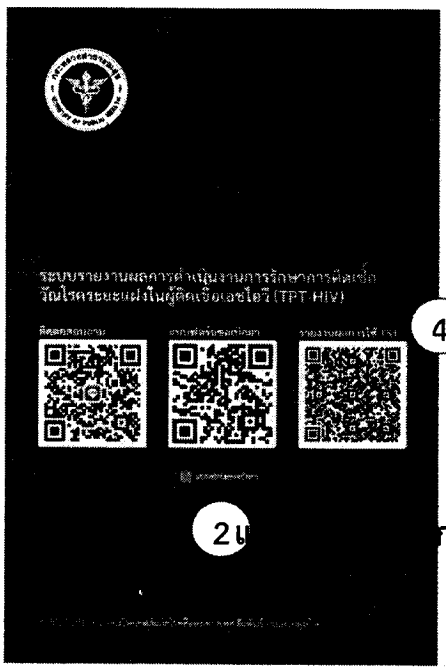
PN still present after 2 weeks?

- **Stop 3HP**, **Continue ARVs and B6**
- **Continue 3HP**, **Continue ARVs**, **Continue B6 100 mg daily**

OR

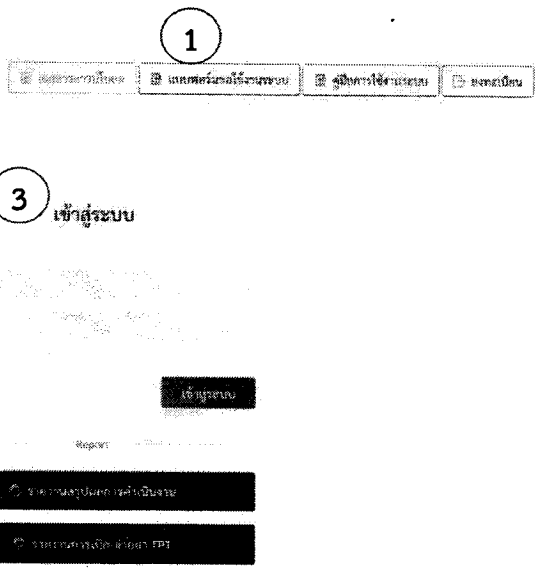
- Rash → **Rash** → **Stop 3HP if suspect of allergic reaction**, **Obtain CBC & LFTs (if available)**

Information curtesy of PRPFAR



4

2เ ...กยา และ TST

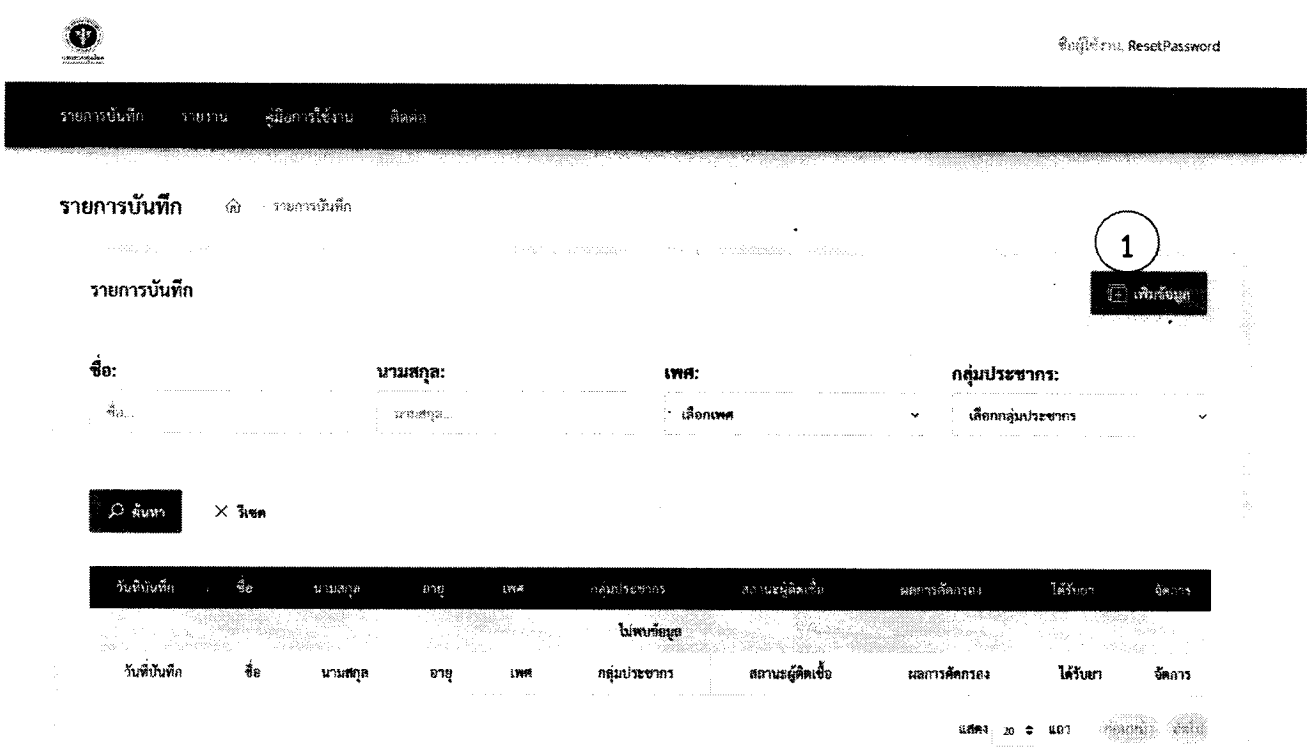


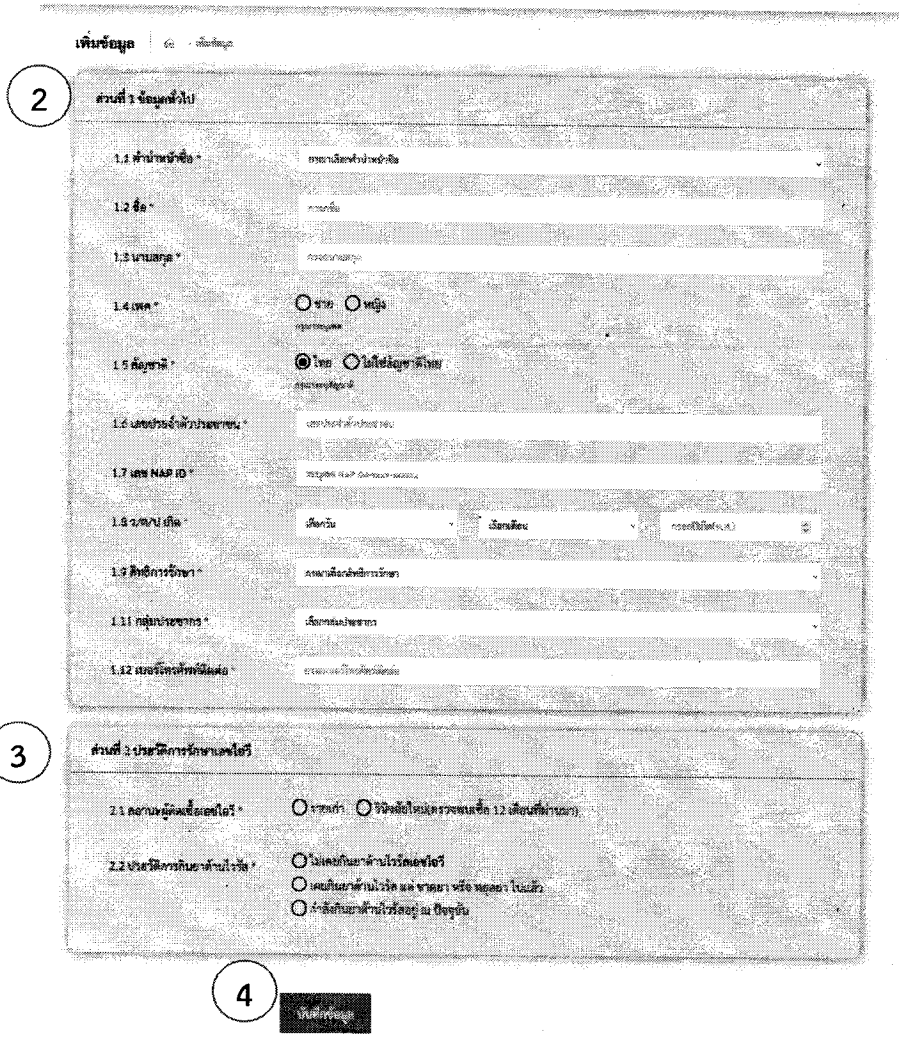
4

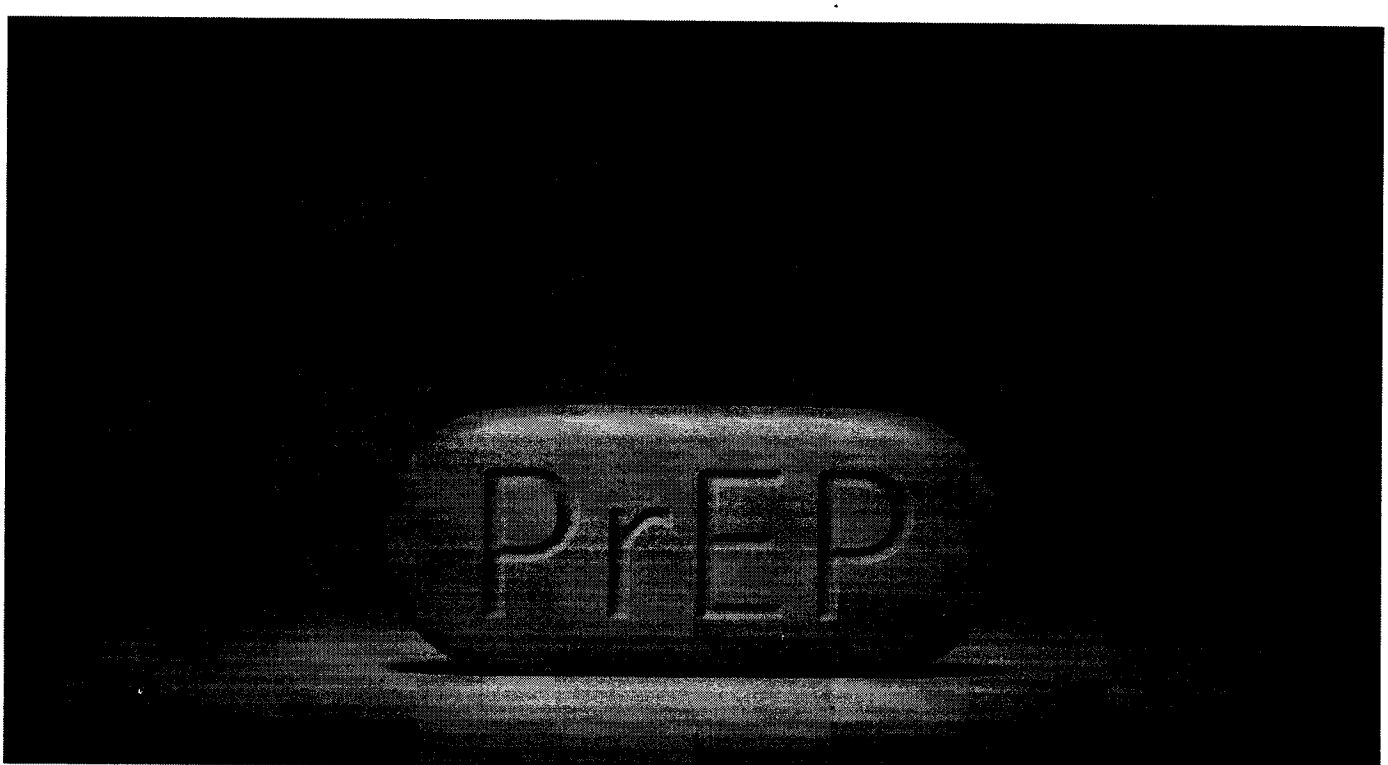
รายงานผลการใช้ TST : รายงานทุกครั้งที่มีการขอเบิก TST

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelqy49_EtVVcMiCyfqHkOjbDFe0pl-LtxAqy3jSFz3bAhfjw/viewform

บันทึกข้อมูลการรักษา TPT







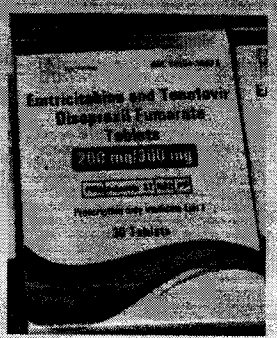
IV. การจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

รายละเอียดโครงการ

กลุ่มเป้าหมาย: MSM TG Migrants ที่เป็น MSM/TG

สิ่งสนับสนุน

1. ยา TDF/FTC (300/200)
2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวทางการจัดบริการเพร็พ



LAB	แรกรับ	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 9	เดือนที่ 12	เดือนที่ 15	เดือนที่ 18	เดือนที่ 21	เดือนที่ 24	เดือนที่ 27	เดือนที่ 30	เดือนที่ 33	เดือนที่ 36	เดือนที่ 39	เดือนที่ 42	เดือนที่ 45	เดือนที่ 48	เดือนที่ 51	ก่อนหยุดยา	หมายเหตุ
HIV	ตามสิทธิ์	140	140	ตามสิทธิ์	140	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	140	ตามสิทธิ์	ตามสิทธิ์	
Cr	80			80		80		80		80		80		80		80		80			
ซิฟิลิส	100			100		100		100		100		100		100		100		100			
HBsAG	150																				
สนับสนุน 61 TENO - EM	1 ขวด	2 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	3 ขวด	1ขวด	

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สมัครเข้าร่วมบริการ
2. ขอสำรองยา PrEP
3. บันทึกข้อมูลการให้บริการ ใน www.prepthai.net
4. บันทึก stock PrEP

1. สมัครเข้าร่วมบริการ

- ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ
- ติดต่อรายละเอียด: นส.อริศา วงศ์สง่า

แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ
การจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ในหน่วยบริการสุขภาพ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดำเนินโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTTPR (STAR 2021-2023) : กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีกิจกรรมการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ในปี ๒๕๗๓ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า ๑๐๐๐ รายต่อปี

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้พิจารณาและคัดเลือกโรงพยาบาล.....
เพื่อเข้าร่วมโครงการฯ และโรงพยาบาลขอแจ้งว่า ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ และขอส่งสำเนาบัญชีธนาคาร
ของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการดำเนินงานร่วมกันกับโครงการฯ เลขบัญชี.....
ชื่อบัญชี.....ประเภท.....สาขา.....
ธนาคาร..... และขอส่งรายชื่อผู้ประสานงานโครงการฯ ดังนี้

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
อีเมล์.....มือถือ.....
ชื่อหน่วยงานย่อย/ คลินิก.....

๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
อีเมล์.....มือถือ.....
ชื่อหน่วยงานย่อย/ คลินิก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
หมายเหตุ ขอให้ผู้อำนวยการ/ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจลงนามในหน้านี้

กรุณาส่งกลับมายัง นางสาวอริศา วงศ์สง่า ผู้ประสานงานโครงการ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๑๐ ๗๒๐๕
กลุ่มพัฒนาแนวทางและนวัตกรรมเทคโนโลยีการป้องกัน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๐ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

2. ขอสำรองยา

- แจ้งประมาณการขอสำรองยา ล่วงหน้า 1 เดือน ทั้งก่อนจัดบริการ (ส่งเป็นหนังสือ) และ เมื่อขอเพิ่มเติม (โดยแจ้งมาทางไลน์ หรือ อีเมล์) ตามแบบฟอร์มประมาณความต้องการยาเพร็พ/แบบตอบรับยาเพร็พ
- ตอบรับยา เมื่อได้ยาแล้ว ตามแบบฟอร์ม

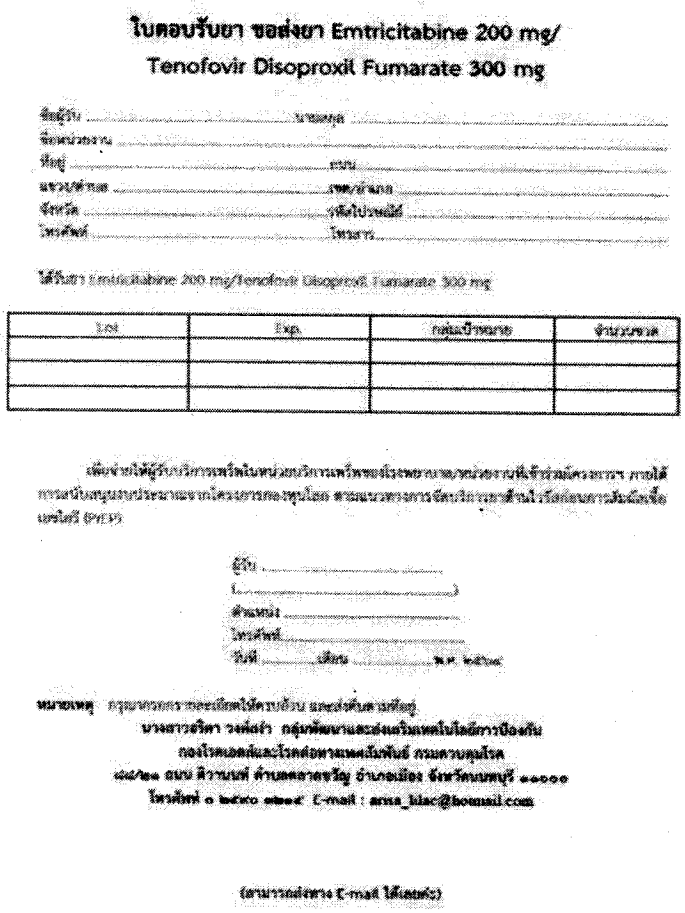
แบบฟอร์มประมาณความต้องการยา (เปิกยาเพร็พ)
Emtricitabine 200 mg/Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg
กลุ่มเป้าหมาย MSM/TG และ MG ที่เป็น MSM/TG
งบประมาณกองทุนโลก

หน่วยงาน โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... เบอร์โทรติดต่อ.....

ลำดับ	จำนวนผู้รับบริการ ปี 2564	ยอดใช้ยาเพร็พ ปี 2564	ประมาณการผู้รับบริการเพร็พ ปี 2565	ประมาณการใช้ยาปี 2565/ขวด				ประมาณการใช้ยาปี 2566/ขวด			
				มกราคม-มีนาคม	เมษายน-มิถุนายน	กรกฎาคม-กันยายน	ตุลาคม-ธันวาคม	มกราคม-มีนาคม	เมษายน-มิถุนายน	กรกฎาคม-กันยายน	ตุลาคม-ธันวาคม
รวม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ส่งกลับมายัง นางสาวอริศา วงศ์สง่า ผู้ประสานงานโครงการ
email : arisa_lilac@hotmail.com โทร. 089-455-6108



ใบตอบรับยา ขอส่งยา Emtricitabine 200 mg/
Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg

Lot	Exp.	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนขวด

หมายเหตุ กรุณาตรวจสอบยอดให้ตรงกับข้างต้น และส่งคืนมาที่

นางสาวจริตา วงศ์ลำ กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

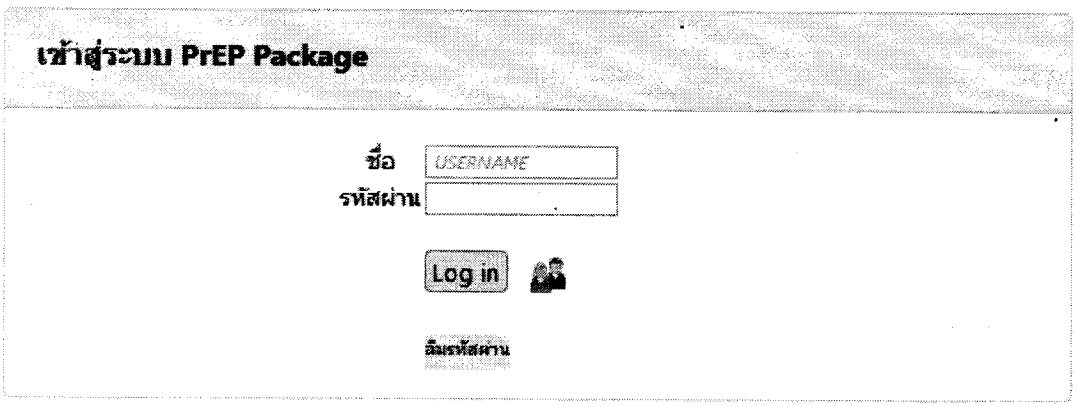
๔๗/๑๑ ถนน ติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๑๐ ๑๑๑๔ E-mail : arna_lilac@hotmail.com

(สามารถส่งทาง E-mail ได้เลยค่ะ)

3. บันทึกข้อมูลการให้บริการ

www.prepthai.net



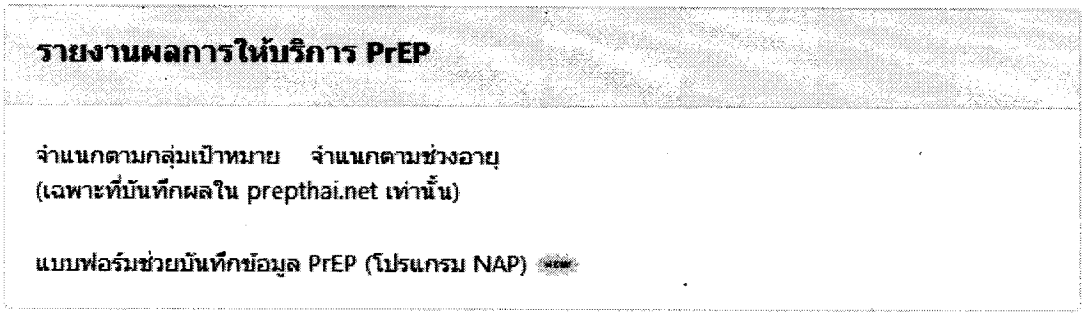
เข้าสู่ระบบ PrEP Package

ชื่อ USERNAME

รหัสผ่าน

Log in

ลืมรหัสผ่าน



รายงานผลการให้บริการ PrEP

จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามช่วงอายุ
(เฉพาะที่บันทึกผลใน prepthai.net เท่านั้น)

แบบฟอร์มช่วยบันทึกข้อมูล PrEP (โปรแกรม NAP) new

4. บันทึก Stock ยา

- บันทึกใน แบบรายงานสต๊อกยาเพร็พ GF
- วิธีรายงาน ให้รายงานเป็นภาพรวมจำนวนขวด เช่น รับเข้าจำนวน 1,000 ขวด จ่ายไปจำนวน 500 ขวด เป็นต้น

แบบบันทึกการเบิกจ่ายยาเพร็พ งบประมาณ GF

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

ชื่อหน่วยงาน

อำเภอเป้าหมาย

รายงานตั้งแต่วันที่

วัน เดือน ปี รับ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.)	ผู้ส่ง/องค์กร	Lot No.	วันหมดอายุ DD/MM/YYYY (ปี พ.ศ.)	จำนวนรับ หน่วยนับเป็น ขวด Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg + Emtricitabine 200 mg	วัน เดือน ปี เบิกจ่าย (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.)	Lot No.	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	จำนวนที่จ่าย [illegible] หน่วยนับเป็น ขวด Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg + Emtricitabine 200 mg	[illegible] [illegible]
ยอดรวมรับ					ยอดรวมจ่าย				
ยอดคงเหลือ									

ผู้บันทึกรายงาน ____________________ ข้อมูล ณ วันที่ ....