

แบบรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดพะเยา

โรงพยาบาล.....รายงานเดือน.....

ที่	การดำเนินงาน	ผลการประเมิน		
		มี	ไม่มี	หมายเหตุ (แนบเอกสารเพิ่มเติม ถ้ามี)
๑	ด้านนโยบาย			
	๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการการขับเคลื่อนในโรงพยาบาล			- มีคำสั่งคณะทำงาน - มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง (รายงานการประชุม/แผนดำเนินงาน)
	๑.๒ สื่อสารนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องและประชาชนทราบ			<input type="checkbox"/> ป้ายประชาสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> เสียงตามสาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
๒	การจัดการวัตถุดิบ			
	๒.๑ โรงพยาบาลมีการคัดเลือกวัตถุดิบจากแหล่งผลิต/แหล่งจำหน่ายที่ผ่านการรับรอง			ข้อมูลวัตถุดิบที่จัดซื้อ - วัตถุดิบทั้งหมด.....รายการ มูลค่าการจัดซื้อ.....บาท - วัตถุดิบปลอดภัย.....รายการ มูลค่าการจัดซื้อ.....บาท (ร้อยละ.....) - วัตถุดิบ ออร์แกนิก.....รายการ มูลค่าการจัดซื้อ.....บาท (ร้อยละ.....)
	๒.๒ ส่งเสริมให้มีแหล่งผลิตอาหารปลอดภัยในพื้นที่อย่างยั่งยืน			- มีรายชื่อเครือข่ายผู้ผลิตที่ปลอดภัยในพื้นที่ จำนวน.....ราย (แนบรายชื่อ)
๓	การประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (โรงครัว)			
	๓.๑ สุ่มตรวจสอบเนื้ในวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้งโดยใช้ชุดตรวจสอบ (test kits) ได้แก่ สารฟอกขาว ฟอรัมาลิน สารกันรา บอแรกซ์ น้ำมันทอดซ้ำ และยาฆ่าแมลง (๔ กลุ่ม : Organophosphate, cabarmate, organochlorine, pyrethroid)			ฟอกขาว ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ ฟอรัมาลิน ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ สารกันรา ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ บอแรกซ์ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ น้ำมันทอดซ้ำตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ ยาฆ่าแมลง ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ
	๓.๒ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (รพ.ทั่วไป ๓๐ ข้อ/ รพ.ชุมชน ๒๐ ข้อ)			- ผลการตรวจตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน ข้อ.....
	๓.๓ การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัส			<input type="checkbox"/> อาหาร ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ <input type="checkbox"/> ภาชนะ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ <input type="checkbox"/> มือ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ
๔	ร้านจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล (ทุกร้าน)			
	๔.๑ ร้านอาหาร แผลงลอยจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน CFGT ปีละ 2 ครั้ง			- ทำเนียบร้านอาหาร จำนวน.....ร้าน - ผลการตรวจรับรองCFGT ตรวจ.....ร้าน ผ่าน.....ร้าน

ที่	การดำเนินงาน	ผลการประเมิน		
		มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๔.๒ ร้านอาหารในโรงพยาบาลมีเมนูสุขภาพ (ทุกร้าน)			- รายการเมนูสุขภาพ จำนวน.....รายการ ได้แก่.....
	๔.๓ สุ่มตรวจสอบปนเปื้อน ๖ ชนิดในวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารได้แก่ สารฟอกขาว พอร์มาลิน สารกันรา บอแรกซ์ สารกำจัดศัตรูพืช(๔ กลุ่ม) และ น้ำมันทอดซ้ำ อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง			ฟอกขาว ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ พอร์มาลิน ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ สารกันรา ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ บอแรกซ์ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ น้ำมันทอดซ้ำตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ ยาฆ่าแมลง ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ
	๔.๔ การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัส			<input type="checkbox"/> อาหาร ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ <input type="checkbox"/> ภาชนะ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ <input type="checkbox"/> มือ ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ
๕	จุดจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัยในโรงพยาบาล			
	๕.๑ โรงพยาบาลมีจุดจำหน่ายผักปลอดภัย/ตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล			- ทำเนียบข้อมูลผู้จำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัย จำนวน.....ราย (แนบรายชื่อ)
	๕.๒ สุ่มตรวจสอบสารกำจัดศัตรูพืช (๔ กลุ่ม) เป็นระยะ อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง			- บันทึกการตรวจและผลการตรวจ ยาฆ่าแมลง ตรวจสอบ.....รายการ ผ่าน.....รายการ
๖	การเผยแพร่ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารปลอดภัย/ การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง			
	๖.๑ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ลด หวาน มัน เค็ม และเพิ่ม การกินผักผลไม้ รวมทั้งอาหารเฉพาะโรคต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ			<input type="checkbox"/> ป้ายประชาสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> เสียงตามสาย <input type="checkbox"/> เว็บไซต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
	๖.๒ การอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน เครือข่ายเกษตรกร ผู้ประกอบการ อสม. เป็นต้น เกี่ยวกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย			- บันทึกการปฏิบัติงาน และภาพกิจกรรม

ผู้รายงาน.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน.....

หมายเหตุ รายงานทุก 3 เดือน (ส่งสิ้นเดือน ธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน และ กันยายน)

FAX: 054-409145

Email: fdapv56@hotmail.com