**แบบประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา**

**เพื่อพิจารณาสนับสนุนค่าเดินทางผู้ป่วยในการกินยาทุกวัน (DOT)**

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ……………………………………………………… เพศ……… อายุ……… ปี เลขที่บัตรประชาชน\*…………………….....................………......

ที่อยู่ปัจจุบัน …………………………………...............................................……….. โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.......................... HN………… TB no……….. ประเภทผู้ป่วย MDR/RR-TB (STR) XDR-TB

0

โรงพยาบาล........................................................................................................................... อำเภอ............................ จังหวัด.........................
ชื่อ รพสต./รพ.ที่ทำ DOT................................................................................................. ระยะทางห่างจากบ้านผู้ป่วย............................. กม.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 1. ผู้ป่วยมีสถานะเป็น หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว............................คน
 2. อาชีพ...............................................................รายได้/เดือน......................บาท หนี้สิน/ค่าใช้จ่ายต่อเดือน..............................บาท

ส่วนที่ 2 เกณฑ์การพิจารณาเพื่อสนับสนุนค่าเดินทางผู้ป่วยในการกินยาทุกวัน (DOT)
 (กรณีเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนค่าเดินทางเพื่อมาทำ DOT)
 มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน เป็นเสาหลักของครอบครัว มีความพิการทุกประเภท
 อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ไม่มีญาติดูแล

ส่วนที่ 3 ผลการพิจารณา
 ควรสนับสนุนค่าเดินทางผู้ป่วยในการทำ DOT
 ไม่ควรสนับสนุน (ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์สามารถใช้จ่ายเองได้)

ลงชื่อ..................................................................(ผู้ประเมิน/TB CLINIC/นักสังคมสงเคราะห์)

 ( )

ตำแหน่ง ...............................................................
วันที่............เดือน...............................พ.ศ..............

ส่วนที่ 4 ชี้แจงเงื่อนไขแก่ผู้ป่วย
 ผู้ป่วยได้รับเงินสนับสนุนค่าเดินทางในการรักษาแบบมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) จำนวนเดือนละ 1,500 บาท ตลอดการรักษา
 ผู้ป่วยต้องเดินทางมากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่/อสม/แกนนำชุมชนที่ได้รับการอบรมแล้วตลอดการรักษา
 ผู้ป่วยต้องเตรียมเอกสารและรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้
 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญที่ราชการออกให้ 2. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อผู้ป่วยเท่านั้น) ลงชื่อ..................................................................(ผู้ป่วย) ( )
 วันที่..............เดือน.......................พ.ศ................

หมายเหตุ : 1. กรณีเป็นคนต่างด้าว/คนที่ไม่มีสัญชาติไทย(บุคคลบนพื้นที่สูง) ให้ระบุเลขที่บัตรที่ผู้ป่วยมี

 2. การโอนเงินเข้าบัญชี ขอหักค่าธรรมเนียมการโอนในยอด 1,500 บาท