



บ.ท.ว.ส.อ.ว.ร.ก.ฎ.น.ค.ร.ส.ว.ร.ค.
เลขรับ 3111
วันที่ 11 ก.ค. 2560
เวลา

ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์
๑๕๗ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ออก
อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมโดยวิธีแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม)

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบคัดกรองภาวะเสี่ยงเพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดบริการคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) ในวันที่ ๑๘-๒๒ กันยายน ๒๕๖๐ ณ ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ โดยค่าตรวจสามารถเบิกได้ตามสิทธิ กรณีที่คัดกรองตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้วมีความเสี่ยง อัตราค่าบริการ ราคา ๑,๗๐๐ บาท/คน ในรายที่เบิกไม่ได้ ๑,๕๐๐ บาท/คน ส่วนท่านใดต้องการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อัตราค่าบริการ ๑,๒๐๐ บาท/คน (ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้)

ในการนี้ ศูนย์ฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบ และรวบรวมใบคัดกรองคืนให้ศูนย์ฯ (เฉพาะกรณีรายใหม่และแพทย์ไม่ได้นัดตรวจซ้ำ) ภายในวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ส่วนกรณีที่แพทย์นัดตรวจไว้แล้วขอให้รอรับการติดต่อกลับจากศูนย์ฯ โดย วัน,เวลาการตรวจที่แน่นอนจะแจ้งกลับเป็นรายบุคคลอีกครั้งภายในเดือน กันยายน ๒๕๖๐ และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โทร.๐-๕๖๒๕-๕๕๕๑ ต่อ ๑๘๒,๑๒๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน อธิการบดี

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดทราบ/เห็นความชอบใจ

นางสาววิภาดา...

รวมรวมรายชื่อส่งงานจาก อธิการบดี

ภายในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๐

(นายศักดิ์ อธิภาสน์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

11 ก.ค. 2560

อธิการบดี

อธิการบดี

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ / เห็นความชอบใจ
อธิการบดี

12 ก.ค. 2560

อธิการบดี

อธิการบดี

๑๓ ก.ค. ๒๕๖๐

วิทยทำงาน

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โทร. ๐-๕๖๒๕-๕๕๕๑, ๐-๕๖๓๒-๕๐๙๓ ต่อ ๑๘๒

โทรสาร ๐-๕๖๒๕-๕๕๐๓

ใบคัดกรองข้อบ่งชี้ (ภาวะเสี่ยง) เพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

1. ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ชื่อหน่วยงานของท่าน.....

เบอร์โทร.ที่ติดต่อได้..... เลขที่รพ.....

2. ท่านเคยมีประวัติต่อไปนี้ในข้อใดบ้างกรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

มีความผิดปกติของเต้านม หรือคลำพบก้อน ระบุต่อ ข้างซ้าย ข้างขวา

มีญาติสายตรง ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่ ระบุต่อ แม่ พี่สาว น้องสาว

กินยาฮอร์โมนเพื่อการรักษาต่อเนื่องนานมากกว่า 5 ปี และปัจจุบันยังกินอยู่

เคยมีประวัติผ่าตัดก้อน/ถุงน้ำบริเวณเต้านม ข้างซ้าย ข้างขวา เมื่อปี พ.ศ.....

แพทย์นัดตรวจติดตาม ผลตรวจครั้งสุดท้าย ระบุ BIRADS.....

กรณีที่ท่านมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 2 . แสดงว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ลงชื่อผู้รับบริการ (ตัวบรรจง).....วันที่กรอกข้อมูล.....

หมายเหตุ กรณีไม่มีความเสี่ยงแต่ต้องการตรวจจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้

วัยทำงาน : มีนาคม 2559

ใบคัดกรองข้อบ่งชี้ (ภาวะเสี่ยง) เพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม(เอ็กซเรย์เต้านม)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

1. ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ชื่อหน่วยงานของท่าน.....

เบอร์โทร.ที่ติดต่อได้..... เลขที่รพ.....

2. ท่านเคยมีประวัติต่อไปนี้ในข้อใดบ้างกรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

มีความผิดปกติของเต้านม หรือคลำพบก้อน ระบุต่อ ข้างซ้าย ข้างขวา

มีญาติสายตรง ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่ ระบุต่อ แม่ พี่สาว น้องสาว

กินยาฮอร์โมนเพื่อการรักษาต่อเนื่องนานมากกว่า 5 ปี และปัจจุบันยังกินอยู่

เคยมีประวัติผ่าตัดก้อน/ถุงน้ำบริเวณเต้านม ข้างซ้าย ข้างขวา เมื่อปี พ.ศ.....

แพทย์นัดตรวจติดตาม ผลตรวจครั้งสุดท้าย ระบุ BIRADS.....

กรณีที่ท่านมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 2 . แสดงว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ลงชื่อผู้รับบริการ (ตัวบรรจง).....วันที่กรอกข้อมูล.....

หมายเหตุ กรณีไม่มีความเสี่ยงแต่ต้องการตรวจจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้

วัยทำงาน : มีนาคม 2559