

หมายเลขประจำตัว .....ติด sticker.....

## แบบบันทึกการทำงานในพื้นที่ (VDT)

วันที่ .....

ตรวจสอบกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่ภาคสนามประจำจุด			ลายเซ็น เจ้าหน้าที่
1.สามารถเข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังฯได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ เพราะ ..... ..... .....	
2. ลงชื่อในเอกสารชี้แจงรายละเอียดและใบยินยอม	<input type="checkbox"/> ยินยอม	<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
3.ตอบแบบสอบถามในคอมพิวเตอร์มือถือ	<input type="checkbox"/> ทำ โดยวิธี <input type="checkbox"/> ตอบเอง <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	
4. เก็บสำรน้ำในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ทำ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	
5. ให้คำปรึกษา	Pre-test <input type="checkbox"/> ทำ Post-test <input type="checkbox"/> ทำ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	
6. เจาะเลือด	<input type="checkbox"/> ทำ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	
7. ต้องการฟังผลตรวจเลือด	<input type="checkbox"/> ต้องการฟังผลเลือด ระบุสถานที่ฟังผล ..... เบอร์โทรอาสาสมัคร .....	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการฟัง ผลเลือด	
8. จ่ายค่าตอบแทน	<input type="checkbox"/> ตรวจสำรน้ำในช่องปาก จำนวน 150 บาท <input type="checkbox"/> ตรวจเลือด จำนวน 100 บาท	<input type="checkbox"/> ไม่ได้จ่าย	

	<input type="checkbox"/> ฟังผลตรวจเลือด จำนวน 100 บาท		
--	---	--	--