

แบบฟอร์มมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP)

ชื่อหน่วยงาน กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ วัยเรียนวัยรุ่น	คู่มือการปฏิบัติงานการขับเคลื่อนตัวชี้วัด ชื่อตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น (การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์)
--	--

1. วัตถุประสงค์ (Objectives)

- 1) เพื่อให้บุคลากร/หน่วยบริการมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการขึ้นทะเบียนและการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย
- 2) เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน และเกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ
- 3) ส่งเสริมบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2. ขอบเขต (Scope)

- 1) ชี้แจงและวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ)
- 2) นิเทศและเป็นพี่เลี้ยงงาน ให้ข้อเสนอแนะ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ ตามมาตรฐานฯ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดบริการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (RSA) ในระดับเขต
- 4) รายงานความก้าวหน้า สรุปและรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของเขต

3. คำจำกัดความ (Definition) (ถ้ามี)

- 1) **หน่วยบริการ** หมายถึง โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 2) **องค์กรเภสัชกรรม** หมายถึง องค์กรของรัฐมีภารกิจหลักในการผลิตยาและเวชภัณฑ์ สนับสนุนงานสาธารณสุขของประเทศ
- 3) **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** คือ องค์กรของรัฐ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 4) **การประเมินตนเอง (Self Assessment)** หมายถึง การทบทวนการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในช่วงเวลาที่ผ่านมาว่ามีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพเหมาะสมหรือไม่ เพียงใด อย่างไร และอยู่ในระดับใด
- 5) **บัญชียาหลัก / บัญชียาหลักแห่งชาติ** คือรายการยาที่ประชาชนที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของภาครัฐสามารถใช้ได้โดยที่ภาครัฐสนับสนุนค่ายาให้ ประชาชนจึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง แต่มีข้อแม้ว่า ต้องเป็นการใช้ยานั้นเพื่อรักษาอาการที่บัญชียาหลักแห่งชาติสนับสนุน และรับยาจากสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการประกันสุขภาพของภาครัฐ
- 6) **ระบบ Smart VMI** คือ ระบบบริหารการสั่งยา ที่ผู้ขายเข้าไปช่วยดูแลบริหารสินค้าคงคลังให้แก่ผู้ซื้อ เพื่อให้ผู้ซื้อที่มีปริมาณสินค้าคงคลังที่เหมาะสม โดยนำสินค้าไปเติมเต็มให้เมื่อถึงจุดสั่งซื้อ (Reorder Point)

4. ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

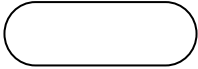

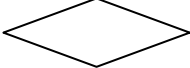


- กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น

5. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure)

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
1.	<p>หน่วยบริการแสดงความจำนงฯขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์</p>	หน่วยบริการประเมินตนเอง ตามแบบฟอร์มการประเมินความพร้อม MTP1+MTP2 และประเมินตนเอง เรื่องการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยด้วยยาผ่านระบบออนไลน์		มีการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยผู้ขาย	หน่วยบริการ/โรงพยาบาล
	<p>หน่วยบริการขึ้นทะเบียนการใช้ยา (MTP๑+MTP๒)</p>	ส่งแบบฟอร์มขึ้นทะเบียน MTP-1 MTP-2 มายัง สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรม	3 - 5 วัน		หน่วยบริการ/โรงพยาบาล

		<p>อนามัย เพื่อตรวจสอบเอกสาร</p>			
		<p>กรมอนามัยตรวจสอบเอกสาร และออกเลขที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา</p>	<p>3 - 5 วัน</p>	<p>กระบวนการดำเนินงานเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด</p>	<p>กรมอนามัย</p>
		<p>กรมอนามัยดำเนินการจัดส่งข้อมูลไปยัง สปสช. เพื่อขึ้นทะเบียนรับยาผ่านระบบบัญชียาหลักของ สปสช.</p>	<p>3 - 5 วัน</p>		<p>กรมอนามัย</p>
		<p>สปสช.ตรวจสอบรายชื่อและประสานไปยังองค์กรเภสัชกรรม</p>	<p>3 - 5 วัน</p>	<p>กระบวนการดำเนินงานเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด</p>	<p>สปสช.</p>
		<p>องค์กรเภสัชกรรมจัดส่งยาเข้าระบบ Smart VMI ซึ่งเป็นระบบปกติในการบริหารจัดการยาของหน่วยบริการที่ร่วมกับ สปสช.</p>	<p>3 - 5 วัน</p>	<p>สรุปรายงานได้ครอบคลุมตามเนื้อหาการรายงาน</p>	<p>องค์กรเภสัชกรรม</p>

สัญลักษณ์ที่ใช้


	จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการ
	กิจกรรมและการปฏิบัติงาน
	การตัดสินใจ เช่น การตรวจสอบ การอนุมัติ
	แสดงถึงทิศทาง หรือการเคลื่อนไหวของงาน
	จุดเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอน

6. ภาคผนวก (ถ้ามี)

 <p>กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยาเม็ดฟิรซิสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>MTP 1 1/2</p>
<p style="text-align: center;">ส่วนสำหรับสถานพยาบาล</p> <p>เรียน อธิบดีกรมอนามัย</p> <p>ข้าพเจ้านาย/นางสาว/นาง.....</p> <p><input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ชื่อสถานพยาบาล.....</p> <p>ที่อยู่สถานพยาบาล.....</p> <p>.....</p> <p>มีความประสงค์ขออนุมัติขึ้นทะเบียนการใช้ยาเม็ดฟิรซิสโตนและไมโซโพรสโตลบรรจุ ในแผงเดียวกันกับกรมอนามัย เพื่อนำมาใช้ในสถานพยาบาลตามข้อบ่งชี้และ ตามเอกสารกำกับยา โดยจะดูแลและรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้รับบริการทุกรายอย่างเต็มความสามารถ</p> <p>โดยข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญของกรมอนามัย เข้ามาสำรวจความพร้อม ของบุคลากรและสถานพยาบาล ก่อนการอนุมัติขึ้นทะเบียน และภายหลังการ อนุมัติใช้ยา ข้าพเจ้าจะส่งรายงานการจัดซื้อและรายงานการใช้ยามายังกรมอนามัย ภายในระยะเวลาที่ระบุตามแบบฟอร์มของกรมอนามัย</p> <p style="text-align: center;">ลงนามผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>		<p style="text-align: center;">ส่วนสำหรับกรมอนามัย เลขรหัสสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">□/□/□□/□□□□</p> <p>ตรวจสอบตามแบบฟอร์ม MTP 2</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่านการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ผ่านการประเมิน</p> <p>ลงนามเจ้าหน้าที่</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสอบ</p> <p>.....</p>

หมายเหตุ ผู้ลงนามขอขึ้นทะเบียนต้องเป็นระดับผู้บริหาร หรือผู้จัดการสถานพยาบาล

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02 590 4244 โทรสาร 02 590 4163(4244) แกไข 4 มกราคม 2560 **Download** แบบฟอร์ม ได้ที่ http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion

 <p>กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>MTP 1 2/2</p>
---	---	------------------------------------

หมายเหตุ: การกรอกข้อมูลสำหรับกรมอนามัย การลงทะเบียนสถานพยาบาลที่อนุมัติให้ใช้ยา

Column ที่ 1: แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลตามภาคต่างๆ ของประเทศไทย

Code 1. ภาคเหนือ ประกอบด้วย 9 จังหวัด ดังนี้ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ พะเยา น่าน อุตรดิตถ์

Code 2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 19 จังหวัด ดังนี้ เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย นครพนม สกลนคร มุกดาหาร บัรรัมย์ นครราชสีมา ชัยภูมิ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

Code 3. ภาคกลาง มี 22 จังหวัด ดังนี้ สุโขทัย กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุทัยธานี ชัยนาท สุพรรณบุรี นครปฐม นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สมุทรปราการ กรุงเทพฯ นครสวรรค์ ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง ปทุมธานี นครนายก

Code 4. ภาคตะวันออก ประกอบด้วย 7 จังหวัด ดังนี้ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด

Code 5. ภาคตะวันตก ประกอบด้วย 5 จังหวัด ดังนี้ ตาก กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์

Code 6. ภาคใต้ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ดังนี้ ระนอง พังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง สตูล ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ยะลา สงขลา พัทลุง นราธิวาส ปัตตานี

Column ที่ 2: สถานพยาบาลรัฐ หรือ เอกชน

Code 1. สถานพยาบาลรัฐบาล

Code 2. สถานพยาบาลเอกชน

Column ที่ 3-4: ลักษณะของสถานพยาบาล

ภาครัฐบาล:

Code 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Code 2. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย- วิทยาลัยแพทยศาสตร์

Code 3. โรงพยาบาลส่วนกลาง ขึ้นกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศจีน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี เป็นต้น

Code 4. โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โรงพยาบาลชุมชน

Code 5. โรงพยาบาลเฉพาะทาง

Code 6. โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สภากาชาดไทย กรมการแพทย์ทหารบก กรมการแพทย์ทหารเรือ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และอื่น ๆ

ภาคเอกชน:


Code 10. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

Code 11. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด

Column ที่ 5-8: ลำดับที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เป็นลำดับตั้งแต่ 0001-9999 ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจากกรมอนามัยให้สามารถใช้ยาได้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02 590 4244 โทรสาร 02 590 4163(4244) แก๊ไข 4 มกราคม 2560 Download แบบฟอร์ม ได้ที่ http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion

 <p>กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียน สำหรับใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน</p>	<p>MTP 2 1/2</p>
---	---	------------------------------------


รายการสำรวจและประเมินความพร้อม (check list)

สำหรับสถานพยาบาล

ก่อนอนุมัติใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกันเพื่อยุติการตั้งครรภ์

หัวข้อ		หัวข้อการเตรียมการ
บุคลากร และตารางการให้บริการ		
มี	ไม่มี	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการทบทวนบทบาทและศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรแนะแนว เพื่อเตรียมการให้เหมาะสมและสามารถผสมผสานการให้บริการด้านนี้
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการทบทวน และวางแผนตารางเวลาการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการคัดเลือกบุคลากรเฉพาะเพื่อมาทำหน้าที่ในการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางระบบและบุคลากรสนับสนุนที่พร้อมให้บริการ 24 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการประเมินศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการ เรื่องการทำหัตถการ เพื่อให้สามารถให้บริการได้ในกรณีที่ผู้รับบริการเลือกวิธีการทางหัตถการแทนการใช้ยา หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริการด้านนี้
การบริหารจัดการ ด้านกายภาพ อุปกรณ์ และราคา		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการเตรียมแนวทางการให้บริการของสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีห้องให้การปรึกษาและห้องพักฟื้น ในกรณีที่ผู้รับบริการมาใช้ยาไมโซโพรสโตล ที่สถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางแผนในเรื่องการคิดค่าใช้จ่าย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจบัสสวาระ การตรวจอุลตราซาวด์ เป็นต้น
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ - เครื่องมือดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration-MVA) - เครื่องอุลตราซาวด์ ▪ หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปรับการตรวจยืนยันยืนยันอายุครรภ์ด้วยอุลตราซาวด์ และรับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเครื่องมือดูดสูญญากาศ กรณีที่ผู้รับบริการต้องการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางหัตถการ หรือกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาล้มเหลว
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ กำหนดวันที่เปิดให้บริการ และประสานการส่งต่อผู้รับบริการกับเครือข่ายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางระบบการรับหรือส่งต่อ และระบบติดตามหากผู้รับบริการไม่มาตามนัด

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02 590 4244 โทรสาร 02 590 4163(4244) แก๊ไข 4 มกราคม 2560 Download แบบฟอร์ม ได้ที่ http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion

 กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH	แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียน สำหรับใช้ยามิฟิพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลลบรรจุในแผงเดียวกัน	MTP 2 1/2
--	---	-------------------------------

หัวข้อ		หัวข้อการเตรียมการ
การบริหารจัดการ ด้านกายภาพ อุปกรณ์ และราคา		
มี	ไม่มี	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีระบบการบันทึก และส่งรายงานการใช้ยาให้กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีการให้คำแนะนำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์
การอบรม และการประชุม		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีการวางแผนและจัดประชุมทำความเข้าใจเบื้องต้นกับฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านทัศนคติที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการส่งต่อภายในสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีการวางแผนและจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีรายชื่อทีมแพทย์ที่ปรึกษา กรณีมีปัญหา หรือข้อสงสัย

ข้อมูลของสถานพยาบาล

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่
ชื่อผู้ให้ข้อมูล	
เบอร์โทร :	
วัน/เดือน/ปี ที่ให้ข้อมูล	เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลผู้สำรวจและผลการสำรวจ

การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจโดย	<input type="checkbox"/> บุคลากรของสถานพยาบาลเอง <input type="checkbox"/> บุคลากรที่ได้รับมอบหมายจากกรมอนามัย
ชื่อ นามสกุล	หน่วยงานและที่อยู่
ผลการสำรวจ	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน <input type="checkbox"/> ผ่านแบบมีเงื่อนไข ระบุ
ลงนามผู้สำรวจ	วัน เดือน ปี ที่ลงนาม
..... ()

หมายเหตุ ผู้สำรวจสถานพยาบาลต้องเป็นแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้บริการ

เงื่อนไขการประเมินกระบวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา

1. ข้อกำหนดเงื่อนไขกระบวนการพิจารณา รับรองขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา

ครบ	มีการดำเนินการตามแผนภูมิกระบวนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา ซึ่งต้องมีเอกสารครบถ้วน และสมบูรณ์ ตามกระบวนการที่ 1 - 2
ไม่ครบ	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด

2. ข้อกำหนดเงื่อนไขกระบวนการพิจารณา เพื่อขึ้นทะเบียนรับยาผ่านระบบบัญชียาของ สปสช.

ผ่าน	มีดำเนินการตามแผนภูมิกระบวนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-3 ซึ่งต้องมีเอกสารแจ้งรับรองหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา
ไม่ผ่าน	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด