



Assumption College Sriracha

โรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชา

29 หมู่ 10 ตำบลสุรศักดิ์ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยภูมิ 20110

29 Moo 10, Surasak, Sriracha District, Chonburi 20110, Thailand

Tel. 0-3831-1055-6 ; Fax 0-3832-3805 ; website : <http://www.acs.ac.th> ; e-mail : acsinfo@acs.ac.th



ที่ อสช(ว) 244/2567

11 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6

อ้างถึง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ขบ 0033.3/ว 2632 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2567

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบตอบรับการรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลแหลมฉบังขอความร่วมมือโรงเรียนในการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามนโยบายการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนอายุ 6 – 12 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตด้านร่างกาย การพัฒนาการทางสมอง สติปัญญาและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งถ้าร่างกายขาดธาตุเหล็กแล้ว จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและกล้ามเนื้อลดลง การเจริญเติบโตด้านร่างกาย และพัฒนาการของระบบประสาทช้าลง และทำให้เกิดการติดเชื้อง่ายขึ้น ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก จึงแนะนำให้เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคน (ยกเว้นเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) ควรได้รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 1 เม็ด (60 มิลลิกรัม) พร้อมกับอาหาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลานาน 30 สัปดาห์

ดังนั้น ทางโรงเรียนจึงขอความกรุณาให้ท่านแสดงความประสงค์ลงในใบตอบรับด้านล่างนี้ และส่งคืนที่ครูประจำชั้นภายในวันอังคารที่ 23 กรกฎาคม 2567 เพื่องานอนามัย ฝ่ายบริหารทั่วไป จะได้ดำเนินการประสานงานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



งานอนามัย ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. 0-3831-1055-6 ต่อ 151

✂

ใบตอบรับการรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของนักเรียนชั้น ป.1 – ป.6
(ตามหนังสือที่ อสช(ว) 244/2567)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. หมายเลขโทรศัพท์ เป็นผู้ปกครองของ
ค.ช./ค.ญ. อายุ ปี เลขประจำตัวนักเรียน ชั้น ป. /..... เลขที่

☐ นักเรียนเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ไม่ต้องกรอกข้อมูลด้านล่าง เนื่องจากเป็นข้อห้ามในการรับประทานยา)

☐ นักเรียนไม่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และ

☐ ยินยอมให้นักเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

(ศึกษาคำแนะนำในซองยาที่จะแจกให้นักเรียนนำกลับบ้านก่อนรับประทาน)

☐ ไม่ยินยอม เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

...../...../2567

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบตอบรับคืนที่ครูประจำชั้น ภายในวันอังคารที่ 23 กรกฎาคม 2567