



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมควบคุมโรค กองวินโรค โทร. ๐ ๒๖๗๕ ๒๒๑๓ ต่อ ๑๖

ที่ สธ ๐๔๑๔/GF/ ๖ ๔๗๕

วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการขอใช้งานโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ และผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองวินโรคได้ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย เพื่อให้เกิดระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระบบเดียวกัน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ในการดูแล รักษา และการติดตามผู้ป่วยวัณโรค

กรมควบคุมโรค ขอแจ้งแนวทางการขอใช้งานโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยขอให้แจ้งหน่วยงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบทราบต่อไป ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ “เมนูเอกสารวิธีใช้งาน” ในโปรแกรม NTIP เว็บไซต์ <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th/uiform/Manual.aspx> ผู้ประสานคือ นางสาวภัทรา ทองสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐ ๒๖๗๕ ๒๒๑๓ ต่อ ๑๖ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

(นายปรีชา เปรมปรี)  
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมควบคุมโรค

## แนวทางการขอใช้งานโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program)

### ๑. การขอใช้งานโปรแกรม NTIP

- กรณีผู้ใช้งาน ระดับประเทศ จะสามารถใช้งานในส่วนของ TB Clinic, DOT watcher, Laboratory, รายงานรายบุคคล จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล และรายงานภาพรวมข้อมูล ไม่ได้จำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล
- กรณีผู้ใช้งาน ระดับเขต จะสามารถใช้งานในส่วนของ Laboratory รายงานรายบุคคล จำนวน ๑ สิทธิ์ และรายงานภาพรวมข้อมูล ไม่ได้จำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลเป็นการบริหารจัดการภายในพื้นที่นั้นๆ
- กรณีผู้ใช้งาน ระดับจังหวัด จะสามารถใช้งานในส่วนของรายงานรายบุคคล จำนวน ๑ สิทธิ์ และรายงานภาพรวมข้อมูล ไม่ได้จำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลเป็นการบริหารจัดการภายในพื้นที่นั้นๆ
- กรณีผู้ใช้งาน ระดับโรงพยาบาล จะสามารถใช้งานในส่วนของ TB Clinic, DOT watcher, Laboratory, รายงานบุคคล และรายงานต่างๆในพื้นที่รับผิดชอบ
- กรณีผู้ใช้งาน ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะสามารถใช้งานในส่วนของรายงานภาพรวมข้อมูลและ general report เฉพาะรายงาน วท.๑๐ (หน้า ก) และรายงาน วท.๑๐ (หน้า ข) เท่านั้น ทั้งนี้ หากต้องการดูรายงานรายบุคคล ขอให้เป็นการบริหารจัดการภายในพื้นที่นั้นๆในสิทธิ์ของการเข้าถึงข้อมูล
- กรณีผู้ใช้งาน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถใช้งานในส่วนของ DOT watcher และรายงาน DOT

### ๒. การขอสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP

- ระดับประเทศ มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล
- ระดับเขต/ระดับจังหวัด จำนวน ๑ สิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคล
- ระดับโรงพยาบาล TB Clinic สามารถเห็นข้อมูลรายบุคคลของโรงพยาบาลได้ โดยไม่ต้องขอสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลใหม่

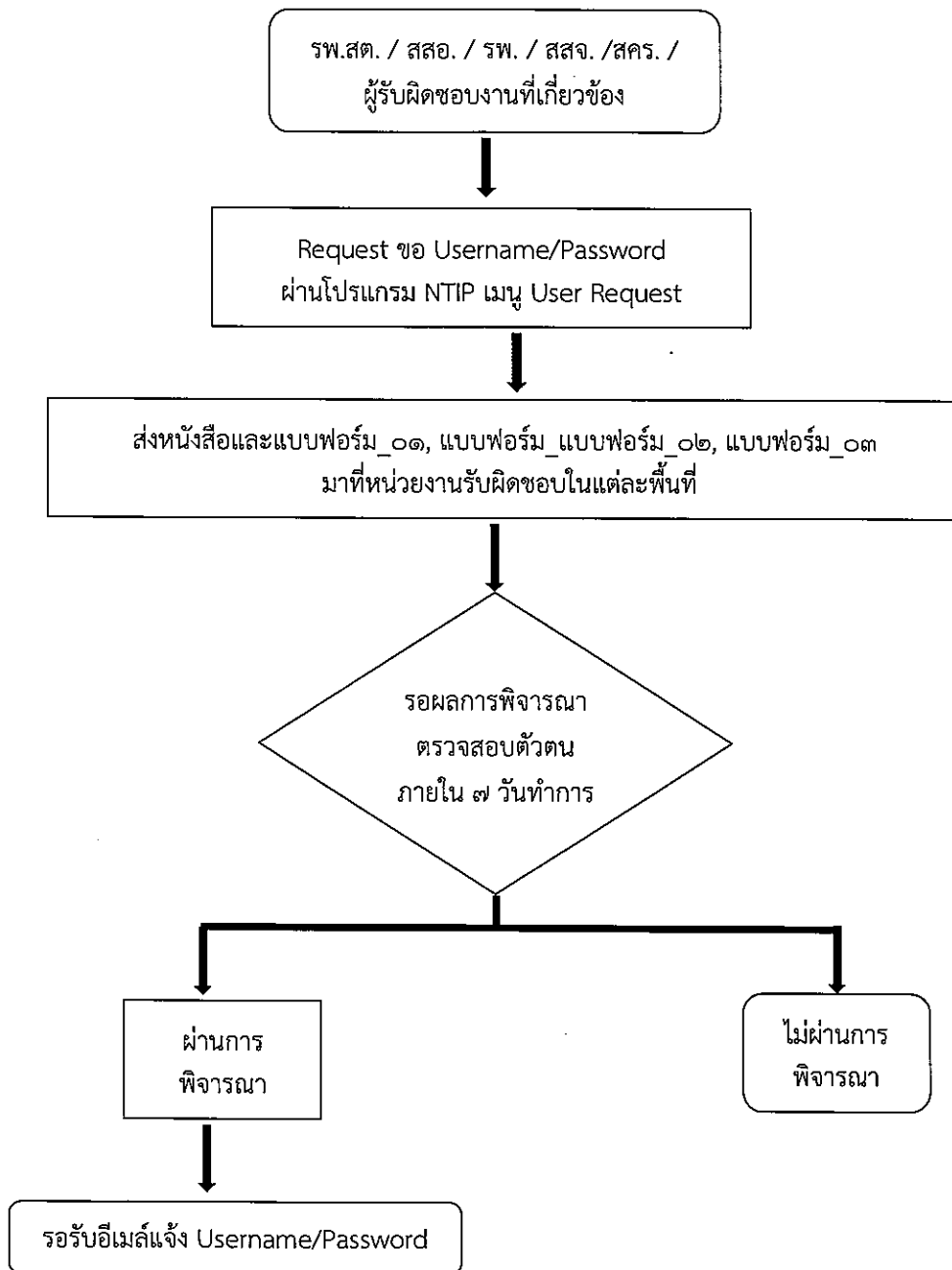
### ๓. การขอสิทธิ์การเป็นผู้รับผิดชอบและดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP

- ระดับประเทศ จำนวน ๒ สิทธิ์ หรือขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการภายใน
- ระดับเขต/ระดับจังหวัด/ระดับโรงพยาบาล จำนวน ๑ สิทธิ์ หรือขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการภายในพื้นที่

### ๔. เอกสารประกอบการขอใช้งานโปรแกรม NTIP ดังนี้

- หนังสือขอสิทธิ์การใช้งานโปรแกรม
- แบบฟอร์ม\_๐๑ ขอสิทธิ์การใช้งานโปรแกรม NTIP ในระดับ รพ.สต., สสอ., รพ., สสจ., สคร., และประเทศ
- แบบฟอร์ม\_๐๒ ขอสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP ในระดับ สสอ., สสจ., สคร., และประเทศ
- แบบฟอร์ม\_๐๓ คำขอเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ในระดับ สสจ., สคร., และประเทศ

## ขั้นตอนการขอ Username/Password



\*\*\* ระยะเวลาในการแจ้งผลอนุมัติการใช้งานโปรแกรม NTIP ภายใน ๗ วันทำการ หากเกินระยะเวลาที่กำหนด กรุณาแจ้งไปที่ Admin ที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ เพื่อติดตามผลการดำเนินการต่อไป \*\*\*



ที่.....

รพ./สสอ./รพ.สต./สสจ./สคร.....

มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสื่อการใช้งานโปรแกรม NTIP

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มขอสื่อการใช้งานโปรแกรม NTIP

จำนวน ..... ชุด

๒. สำเนาบัตรประชาชน

จำนวน ..... ชุด

ตามที่ กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ โดยใช้โปรแกรม NTIP เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงาน ติดตามประเมินผล บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ให้สอดคล้องกับแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค นั้น

รพ./สสอ./รพ.สต./สสจ./สคร..... ขอส่งรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ..... ตำแหน่ง..... เป็นผู้รับผิดชอบ และขอสื่อการใช้งานโปรแกรม NTIP รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการให้สื่อการใช้งานโปรแกรม NTIP ให้แก่ผู้รับผิดชอบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สสจ./สคร.....

เบอร์โทรศัพท์.....



**แบบฟอร์มขอสิทธิการใช้งานโปรแกรม NTIP ระดับ.....**

วันที่ขอ ...../...../.....

คำนำหน้าชื่อ ( นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ ระบุ).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง .....หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

E-mail.....

 สิทธิในการขอใช้งานโปรแกรม     TB Clinic     LAB     DOT Watcher     Report

 ลงชื่อ .....ผู้ขอสิทธิการใช้งาน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

 ลงชื่อ .....ผู้บังคับบัญชาหน่วยงาน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

**หมายเหตุ:**

๑. โปรดส่งสำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นสำเนาถูกต้องแนบมาพร้อมหนังสือราชการ และแบบฟอร์มคำขอสิทธิการใช้งานโปรแกรม NTIP
๒. เอกสารการขอ ระดับเขต ส่งมาที่ กองวัณโรค ๑๑๖ ถนนสุขุมวิท (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. ๑๐๑๒๐
๓. เอกสารการขอ ระดับจังหวัด ส่งมาที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ / สปกม. ในพื้นที่รับผิดชอบ
๔. เอกสารการขอ ระดับ รพ. / สสอ. / รพ.สต. ส่งมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ



ที่.....

สสจ. / สคร.....

มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสื่อสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP

เรียน ผู้อำนวยการกองวัณโรค

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มขอสื่อสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลในโปรแกรม NTIP

จำนวน ..... ชุด

๒. สำเนาบัตรประชาชน

จำนวน ..... ชุด

ตามที่ กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ โดยใช้โปรแกรม NTIP เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงาน ติดตามประเมินผล บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ให้สอดคล้องกับแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค นั้น

สสจ./สคร..... ขอส่งรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่  
..... ตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับผิดชอบ และขอสื่อสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการให้สิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค  
ให้แก่ผู้รับผิดชอบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สสจ./สคร.....

เบอร์โทรศัพท์.....



## แบบฟอร์มขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูลภาพรวมและข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP

ระดับ.....

วันที่ขอ ...../...../.....

คำนำหน้าชื่อ ( นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ ระบุ).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

E-mail.....

สิทธิ  ข้อมูลภาพรวมผู้ป่วยวัณโรค ข้อมูลรายบุคคลผู้ป่วยวัณโรค

เหตุผลของการขอเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้ขอ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ ..... ผู้บังคับบัญชาหน่วยงาน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: โปรดส่งสำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นสำเนาถูกต้องแนบมาพร้อมหนังสือราชการ และแบบฟอร์มขอสิทธิการเข้าถึงข้อมูลภาพรวม และข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP ส่งมาที่ กองวินโรค ๑๑๖ ถนนสุุดประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. ๑๐๑๒๐



ที่.....

รพ. / สสจ. / สคร.....

มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสัทธิการเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มคำขอเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP จำนวน ..... ชุด

๒. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ..... ชุด

ตามที่ กองวิธโรค กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวิธโรคให้เป็นระบบเดียวกัน  
ทั้งประเทศ โดยใช้โปรแกรม NTIP เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงาน ติดตามประเมินผล บริหารจัดการ  
ข้อมูลผู้ป่วยวิธโรค ให้สอดคล้องกับแผนงานป้องกันควบคุมวิธโรค นั้น

รพ./สสจ./สคร..... ขอส่งรายชื่อผู้รับผิดชอบข้อมูลผู้ป่วยวิธโรค  
ได้แก่ ..... ตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับผิดชอบ และขอสัทธิการเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมา  
ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการให้สัทธิการเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบ  
ผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ให้แก่ผู้รับผิดชอบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สสจ./สคร.....

เบอร์โทรศัพท์.....





แบบฟอร์มคำขอเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ระดับ.....

วันที่ ...../...../.....

คำนำหน้าชื่อ ( นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ ระบุ).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง .....หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

E-mail.....

บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ป่วยโปรแกรม NTIP ระดับเขต/ระดับจังหวัด:

- ๑. ตรวจสอบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ในพื้นที่รับผิดชอบว่าเป็นผู้รับผิดชอบงานวินโรคจริง
- ๒. ตรวจสอบความถูกต้องของรายละเอียดข้อมูลผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ในพื้นที่รับผิดชอบ
- ๓. พิจารณาให้สิทธิหรือยกเลิกผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ในพื้นที่รับผิดชอบ
- ๔. บริหารจัดการดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP ในพื้นที่รับผิดชอบ

หมายเหตุ:

- ๑. โปรดส่งสำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นสำเนาถูกต้องแนบมาพร้อมหนังสือราชการ และแบบฟอร์มคำขอเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP
- ๒. เอกสารการขอเป็น Admin ระดับเขต ส่งมาที่ กองวินโรค ๑๑๖ ถนนสุขุมวิท (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. ๑๐๑๒๐
- ๓. เอกสารการขอเป็น Admin ระดับจังหวัด ส่งมาที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ / สปกม. ในพื้นที่รับผิดชอบ

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบดูแลระบบผู้ใช้งานโปรแกรม NTIP  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ .....ผู้บังคับบัญชาหน่วยงาน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....