**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม ประจำปี**

**ลำดับที่…………………**

**ว/ด/ปี ที่สำรวจ........../............/.........**

**ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง**

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต ……………………………………….………..........................................................................

2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ ……………………………………………………………….............................................

3. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่ ………………………..…………………………….………………............................................

4. ชื่อผู้ประกอบกิจการ ......................................................................................................................................

5. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .......................................................................................................................

6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต ……….………………………………………………………..................................

7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 1. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 2. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 3. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 4. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

8. ตั้งอยู่เลขที่…………………………..….…..ซอย/ตรอก………..…………….ถนน……….……………….......…หมู่ที่….........

 ตำบล………………….….…. เขต/อำเภอ.……….…………….….จังหวัด……………………..โทรศัพท์………….………….....

9. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก

 □ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ □ อาคารอยู่อาศัย □ ห้องแถว

 □ ตึกแถว □ บ้านแถว □ บ้านแฝด

 □ ศูนย์การค้า □ อาคารพาณิชย์........................ชั้น

 ตั้งอยู่ชั้นที่...............................................................

 □ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย □ คอนโดมิเนียมสำนักงาน

 □ อื่น ๆ …………………………………………………....................................................................................

10. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

 ชั้น 1 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ชั้น 2 .................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 3 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 4 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 5 .................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม 🗆 ศัลยกรรม 🗆 ศัลยกรรมตกแต่ง 🗆 ล้างไต

 🗆 ทรีตเม้นท์ผิวหน้า 🗆 เอ็กซเรย์ 🗆 แล็บเบื้องต้น

 🗆 ฝังเข็ม 🗆 อื่น ๆ……………………………………………………

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .............................................ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

12. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ ..................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................... ...............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

**ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย** ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย –

**ในช่องว่าง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **การตรวจสอบผู้ดำเนินการ**1.พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล |  |  | หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ............................................................................................ |
| 2.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่ |  |  |  |
| 3.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่ |  |  |  |
| **การตรวจสอบสถานที่**1. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล |  |  |  |
|  1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ |  |  |  |
|  1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย |  |  |  |
| 1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้ |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 1.3.1 มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.00 เมตร |  |  |  |
| 1.3.2 มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า 5- 10 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง |  |  |  |
|  1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร  |  |  |  |
|  1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา 1.5.1 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน  |  |  |  |
|  1.5.2 ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ 1 เตียง |  |  |  |
|  1.5.3 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำพร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว |  |  |  |
|  1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ |  |  |  |
|  1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน |  |  |  |
|  1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม) |  |  |  |
|  1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม 1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง |  |  |  |
|  1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน |  |  |  |
|  1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำ ให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |  |
|  1.9.1 เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ทำ เช่น Autoclave หม้อต้มเครื่องมือแพทย์ เครื่องนึ่ง |  |  |  |
|  1.9.2 แช่น้ำยาฆ่าเชื้อ |  |  |  |
|  1.9.3 ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ติดในที่เปิดเผยภายในคลินิก |  |  |  |
|  1.10 กรณีมีบริการเอกซเรย์ ต้องมีความปลอดภัยทางรังสี ดังนี้  1.10.1 ห้องเอกซเรย์ ประตูและผนังของห้องให้บริการต้องป้องกันอันตรายจากรังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีตามมาตรฐานของสํานักงานปรมาณูเพื่อสันติ |  |  |  |
|  1.10.2 ป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสี |  |  |  |
|  1.10.3 ป้ายคำเตือนผู้ป่วยมีครรภ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ |  |  |  |
|  1.10.4 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีสำหรับผู้ป่วย 1) เสื้อตะกั่ว 2) ฉากกั้นรังสี |  |  |  |
|  1.10.5 ตู้ส่องฟิล์มหรือจอแสดงผลภาพถ่ายทางรังสีระบบดิจิทัล |  |  |  |
|  1.10.6 มีหนังสือรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์และใบอนุญาตครอบครองรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ |  |  |  |
|  1.11 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน 1.11.1 ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์ |  |  |  |
|  1.11.2 มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น |  |  |  |
|  1.11.3 ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง |  |  |  |
|  1.12 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ |  |  |  |
| **2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้** 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |  |  |  |
|  2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี |  |  |  |
|  2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  2.4 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน |  |  |  |
|  2.5 ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก |  |  |  |
|  2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น |  |  |  |
|  2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร |  |  |  |
| 2.6 ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่  |  |  |  |
| **3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย** 3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง 3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร |  |  |  |
|  3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวหนังสือ สีเขียว สีพื้นป้ายสีขาว |  |  |  |
|  3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขสีเขียว  |  |  |  |
|  3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด 3.3.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก |  |  |  |
|  3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย  |  |  |  |
|  3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ |  |  |  |
|  3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต |  |  |  |
|  3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก |  |  |  |
|  3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล |  |  |  |
|  3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล  |  |  |  |
|  3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.8 แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.9 มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.10 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายอ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  3.11 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ |  |  |  |
| **4.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล** 4.1 เวชระเบียน  4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย  |  |  |  |
|  4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้ |  |  |  |
|  1) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด 1) ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น |  |  |  |
|  5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตรของผู้ป่วย |  |  |  |
|  6) การวินิจฉัยโรค |  |  |  |
|  7) การรักษา |  |  |  |
|  8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล |  |  |  |
|  4.2 เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรคทุกห้องต้องประกอบด้วย 4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้ |  |  |  |
|  4.2.2 เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พร้อมอุปกรณ์  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  1) มีขนาดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้ตามหลักวิชาชีพ |  |  |  |
|  2) ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง  |  |  |  |
| 3) มีปลอกหมอน ผ้าปูเตียง และผ้าคลุมตัวผู้ป่วย  |  |  |  |
|  4.3 เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้องมี 4.3.1 หูฟัง (Stethoscope) |  |  |  |
|  4.3.2 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) |  |  |  |
|  4.3.3 ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกาย หรือ อุปกรณ์วัดอุณหภูมิ |  |  |  |
|  4.3.4 ไฟฉาย ไม้กดลิ้น |  |  |  |
| 4.3.5 เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง |  |  |  |
| **5. ยา และเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาล**5.1 มียาและเวชภัณฑ์อื่นที่จำเป็น โดยมีจำนวน รายการและประมาณเพียงพอ ตามลักษณะสถานพยาบาล |  |  |  |
|  5.2 ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ (ให้ใช้ภาชนะบรรจุ ยาเดิมที่ได้มาจากแหล่งผลิตยานั้น)  |  |  |  |
|  5.3 มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด |  |  |  |
|  5.4 ภาชนะบรรจุยาหรือฉลากติดซองยาให้ระบุ**ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล** ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุวันที่ยาหมดอายุอย่างชัดเจน |  |  |  |
|  5.5 มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน |  |  |  |
|  5.6 มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีน หรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้น ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ มีปรอทวัดอุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิในตู้เย็น |  |  |  |
|  5.7 กรณีมียาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ |  |  |  |
|  5.8 ยาต้องมีทะเบียน เว้นแต่เป็นการผลิตตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สั่งให้สำหรับคนไข้เฉพาะรายของสถานพยาบาล กรณีการผลิตยาของสถานพยาบาลต้องมีมาตรฐานการผลิต การแสดงฉลากและวันหมดอายุให้ชัดเจน  |  |  |  |
|  **6. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย** |  |  |  |
|  6.1 ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะสถานพยาบาล ในคลินิกเวชกรรมยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ **ต้องมีครบทุกรายการ** ได้แก่  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐ |  |  |  |
|  (๒)ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone  |  |  |  |
|  (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection |  |  |  |
|  (๔) ๕๐% Glucose injection |  |  |  |
|  (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ |  |  |  |
|  (6) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจตามลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล ๑ ชุด |  |  |  |
|  (7) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid) ๒ ชุด |  |  |  |
|  (8) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ ๒ ชุด |  |  |  |
|  (9) Disposable Syringe ๕ หลอด |  |  |  |
|  (10) เข็ม Disposable ๕ อัน |  |  |  |
|  (11) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้ ๑ อัน |  |  |  |
|  (12) Oral Airway ๑ อัน |  |  |  |
|  (13) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจน  |  |  |  |
|  (14) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator) |  |  |  |
|  6.3 มีแผนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล |  |  |  |
|  (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย |  |  |  |
| **7.ในกรณีมีห้องบำบัดรักษา (ห้อง Treatment) จะต้องมี** 7.1 เตียงสำหรับให้การรักษา |  |  |  |
|  7.2 ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง |  |  |  |
| 7.3 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีระบบควบคุมการทำ ความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม  |  |  |  |
|  7.4 มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป |  |  |  |
| **8. กรณีมีห้องตรวจภายใน (ห้อง PV) จะต้องมี** 8.1 ลักษณะเป็นสัดส่วนมิดชิด |  |  |  |
|  8.2 เตียงสำหรับตรวจภายใน |  |  |  |
|  8.3 ไฟส่องตรวจ |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  8.4 อุปกรณ์การตรวจภายใน มีการทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม |  |  |  |
|  8.5 ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย |  |  |  |
| **9. กรณีมีห้องผ่าตัดเล็ก** 9.1 ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า 12 ตารางเมตร ส่วนที่แคบที่สุด ไม่น้อยกว่า 3 เมตร ความสูงไม่น้อยกว่า 2.6 เมตร หากมีการตกแต่งฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าไม่ต่ำกว่า 2.45 เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศที่เหมาะสม  |  |  |  |
|  9.2อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)  |  |  |  |
|  (๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ |  |  |  |
|  (๓) ถังออกซิเจน |  |  |  |
|  (๔) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)  |  |  |  |
|  (๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป  |  |  |  |
|  (๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน**ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด  |  |  |  |
|  (๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง /ติดเตียง/ ติดผนัง) |  |  |  |
|  (๘) จัดให้มีบริเวณดังต่อไปนี้  (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อ ล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด (ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว  (ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ |  |  |  |
| **10. กรณีมีห้องผ่าตัดใหญ่** 10.1 ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร ความสูงไม่น้อยกว่า 3 เมตร |  |  |  |
| 10.2 พื้นที่ใช้สอยประกอบด้วย **Staff Area** ๑) ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว พื้นที่ (6 ตารางเมตร)ส่วนที่แคบที่สุด ๒.๕ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า ๒.๕ เมตร |  |  | 1 และ 2 ร่วมกันได้ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  ๒) ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า พื้นที่ (6 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด ๒ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า ๒.๕ เมตร |  |  |  |
|  **บริเวณรับคนไข้** 3) Transfer Area พื้นที่ (9 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด ๒.๕ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า 3 เมตร |  |  |  |
|  **Procedure Area**  4) บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ) |  |  | ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด |
|  ๕) Operation Roomsพื้นที่ (20 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด 4 เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า 3 เมตร |  |  |  |
|  ๖) Recovery Rooms |  |  | ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้อง |
|  10.2 อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ห้องผ่าตัดใหญ่  (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐาน ใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด |  |  |  |
|  (๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน |  |  |  |
|  (๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line) |  |  |  |
|  (๔) เครื่องดูดเสมหะ |  |  |  |
|  (๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ทุกห้อง |  |  |  |
|  (๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค |  |  |  |
|  (๗) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrilator) |  |  |  |
|  (๘) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) |  |  |  |
|  (๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) และการวัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (Oxygen Saturation ) |  |  |  |
|  (๑๐) ชุดใส่ท่อหายใจ (ชุด Laryngoscope) |  |  |  |
|  (๑๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  (๑๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ) |  |  |  |
|  (๑๓) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า |  |  |  |
|  (๑๔) ระบบไฟฟ้าสำรองหรือระบบทำแสงสว่างสำรอง |  |  |  |
|  (15) ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง) |  |  |  |
|  ภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น  (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจน  |  |  |  |
|  10.3 จัดให้มีบริเวณดังต่อไปนี้  (1) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว  |  |  |  |
|  (2) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและ ทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ |  |  |  |
| 10.4.บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่  |  |  | (ระบุชื่อ)................... |
|  (2) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่ |  |  |  |

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

 ***ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด***

 ลงชื่อ ………………………………………………….…………....... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

 วัน…………....เดือน…………..…..……..พ.ศ..…………....