

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| ☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ | ☐ อาคารอยู่อาศัย | ☐ ห้องแถว |
| ☐ ตึกแถว | ☐ บ้านแถว | ☐ บ้านแฝด |
| ☐ ศูนย์การค้า.....ชั้น | ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น | ตั้งอยู่ชั้นที่..... |
| ☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ชั้น..... | ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน ชั้น..... | |
| ☐ อื่น ๆ | | |

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบ ดังนี้

ชั้น ๑

.....

ชั้น ๒

.....

ชั้น ๓

.....

ชั้น ๔

.....

ชั้น ๕

.....

๕. การบริการที่จัดให้มี

- ☐ ๕.๑ การตรวจทางเคมีคลินิก
- ☐ ๕.๒ การตรวจทางโลหิตวิทยา
- ☐ ๕.๓ การตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
- ☐ ๕.๔ การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก
- ☐ ๕.๕ การตรวจทางจุลชีววิทยา
- ☐ ๕.๖ การตรวจทางธนาคารเลือด
- ☐ ๕.๗ การตรวจระดับโมเลกุล
- ☐ ๕.๘ อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ใน ☐ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✕ เมื่อไม่จัดให้มี หรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง ☐

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- ☐ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ☐ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- ☐ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม

และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

- ๑.๓.๑ มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคาร ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้
- ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง
- ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร
- ๑.๕ ห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง ต้องเป็นสัดส่วน มิดชิดและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ (ในกรณีพื้นที่จำกัดห้องตรวจและเก็บตัวอย่างอาจใช้ห้องเดียวกันได้)
 - ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง ต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างล้างมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ
 - ๑.๕.๒ ห้องตรวจและเก็บตัวอย่างต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง
- ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้
- ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรติดตั้งพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
 - ๑.๘.๑ ห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
 - ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”
 - ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับหรือหลักฐานอื่นที่แสดงการขนถ่าย ขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือใบเสร็จแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการ เผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม
- ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)
- ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น
- ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล ตามประกาศกระทรวงเรื่องลักษณะและวิธีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่และเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- ☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น
- ☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี
- ☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น
- ☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน
- ☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก
 - ☐ ๒.๕.๑ สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า - ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น
 - ☐ ๒.๕.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร
- ☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

- ☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเทคนิคการแพทย์ ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ
 - ☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร
 - ☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกเทคนิคการแพทย์” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก
 - ☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเลือดหมู
 - ☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเลือดหมู
- ☐ ๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม
- ☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้
 - ☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเทคนิคการแพทย์”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกับชื่อกlinikที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อกlinikจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ ๓.๓.๔ ชื่อกlinikต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อกlinik

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

☐ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านเทคนิคการแพทย์ ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราโรงพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้ไม่ได้ และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดง ให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีตู้ หรือชั้น หรืออุปกรณ์ที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตาม กฎกระทรวง

☐ (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ

ของผู้ป่วย

☐ (๕) ประวัติอาการเจ็บป่วย การแพ้ยา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวิเคราะห์ของผู้ป่วย (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๖) การรายงานผลและแปลผลทางเทคนิคการแพทย์ (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๗) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ให้บริการ (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๘) ข้อมูลผู้ป่วยอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

☐ ๔.๒ ห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง หรือห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะพร้อมเก้าอี้ สำหรับบันทึกประวัติ หรือให้คำปรึกษา

☐ ๔.๒.๒ โต๊ะตรวจที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคื่นชีพได้ตามหลัก วิชาชีพ หรือเตียงที่สามารถปรับระดับได้)

- ☐ ๔.๒.๓ หากเตียงตรวจมีความสูงต้องจัดให้มีบันไดขึ้นเตียง (Step) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
- ☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว
- ☐ ๔.๒.๕ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ
- ☐ ๔.๒.๖ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”
- ☐ ๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและเก็บตัวอย่าง ต้องจัดให้มี
 - ☐ ๔.๓.๑ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)
 - ☐ ๔.๓.๒ เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และน้ำยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ
 - ☐ ๔.๓.๓ รายการเครื่องมือพื้นฐานเทคนิคการแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้ายรายการเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ตามแบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์ ที่แนบมานี้)
- ☐ ๔.๔ เครื่องใช้ทั่วไป ต้องจัดให้มี
 - ☐ ๔.๔.๑ เครื่องชั่งน้ำหนัก
 - ☐ ๔.๔.๒ มีตู้เก็บน้ำยา เวชภัณฑ์ที่เป็นสัดส่วน
 - ☐ ๔.๔.๓ ตู้เย็นที่มีการควบคุมอุณหภูมิสำหรับเก็บรักษาส่งตรวจ หรือใช้เก็บน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์ โดยตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหารหรือเครื่องดื่มปะปน
- ☐ ๔.๕ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเทคนิคการแพทย์
 - ☐ ๔.๕.๑ ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) ๑ ชุด
 - ☐ ๔.๕.๒ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
 - ☐ (๑) มีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน
 - ☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

เอกสารแนบท้ายรายการเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์
ตามแบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์

- ☐ ๑. การตรวจทางเคมีคลินิก
- ☐ ๑.๑ เครื่องมือตรวจวัดความเข้มข้นของสาร
 - ☐ ๑.๒ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๑.๓ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๑.๔ อื่นๆ
- ☐ ๒. การตรวจทางโลหิตวิทยา
- ☐ ๒.๑ อุปกรณ์หรือเครื่องตรวจนับเซลล์
 - ☐ ๒.๒ กล้องจุลทรรศน์ขนาดกำลังขยายไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เท่า
 - ☐ ๒.๓ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๒.๔ อื่นๆ
- ☐ ๓. การตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
- ☐ ๓.๑ กล้องจุลทรรศน์ขนาดกำลังขยายไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เท่า
 - ☐ ๓.๒ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๓.๓ ดูดควัน หรือตู้ระบายควัน (Fume Hood)
 - ☐ ๓.๔ อื่นๆ
- ☐ ๔. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก
- ☐ ๔.๑ เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิกตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๔.๒ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๔.๓ ชุดตรวจสำเร็จรูปตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๔.๔ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๔.๕ อื่นๆ
- ☐ ๕. การตรวจทางจุลชีววิทยา
- ☐ ๕.๑ ตู้บเลี้ยงเชื้อ
 - ☐ ๕.๒ กล้องจุลทรรศน์ขนาดกำลังขยายไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เท่า
 - ☐ ๕.๓ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๕.๔ ตู้ชีวนิรภัย Biosafety cabinet class II
 - ☐ ๕.๕ อื่นๆ
- ☐ ๖. การตรวจทางธนาครเลื้อด
- ☐ ๖.๑ กล้องจุลทรรศน์ขนาดกำลังขยายไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เท่า
 - ☐ ๖.๒ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๖.๓ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๖.๔ อื่นๆ
- ☐ ๗. การตรวจระดับโมเลกุล
- ☐ ๗.๑ เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางโมเลกุลตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๒ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๓ ตู้ชีวนิรภัย Biosafety cabinet class II
 - ☐ ๗.๔ ชุดตรวจสำเร็จรูปตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๕ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๗.๖ อื่นๆ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ข้าพเจ้าผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำในเรื่องการประกอบการกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบการกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....

