

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม (มีบริการห้องผ่าตัดเล็ก)

- ☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต
- ☐ มีการให้บริการด้านความงาม

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).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสถานพยาบาล เมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิกจากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

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

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑

.....

ชั้น ๒

.....

ชั้น ๓

.....

ชั้น ๔

.....

ชั้น ๕

.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✗ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง 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 โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมต่อและเปิดติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง ภายในสถานพยาบาล

☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”

☐ ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎหมายกระทรวง กำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ 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

☐ ๑.๑๒ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ พร้อมใบรับแจ้งการครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสี จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้ใบรับแจ้งการครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสีจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์ จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

☐ ๑.๑๒.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

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
- ☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

- ☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเวชกรรม ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ
 - ☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร
 - ☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกเวชกรรม” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก
 - ☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว
 - ☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเขียว
- ☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม
- ☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้
 - ☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเวชกรรม”
 - ☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย
 - ☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

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

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกย้ายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

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

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

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

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

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

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบการวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

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

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ มีขนาดไม่น้อยกว่ากระดาษ A๓ ตามตัวอย่างใน QR code ด้านล่าง

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน 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) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชั้นสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกrayเก่า)

☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกrayเก่า)

☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกrayเก่า)

☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษายาบาล (กรณีคลินิกrayเก่า)

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๕ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี

☐ ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)

☐ ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

☐ ๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

☐ ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม่ก่ดลิ้น

☐ ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน



สิทธิผู้ป่วย

□ ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม (มีบริการห้องผ่าตัดเล็ก) ยางจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่ยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ อย่างน้อย ๕ กลุ่มยาจาก ๑๓ กลุ่มยา ดังต่อไปนี้

- ๔.๖.๑. กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยา Penicillin
 - (๒) กลุ่มยา Sulfa
 - (๓) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide
 - (๔) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๒ กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร
 - (๒) กลุ่มยาโรคท้องเสีย
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๓. กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๔ กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคหัดที่มีอาการไอ
 - (๒) กลุ่มยาโรคหอบหืด
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๕ กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคชัก
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๖ กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๗ กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง
 - (๒) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๘ กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคเบาหวาน
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๙ กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคล้ายกล้ามเนื้อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคปวดหลัง
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ☐ ๔.๖.๑๐ กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (๑) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด
 - ☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๔.๖.๑๑ กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (๑) กลุ่มยา Antihistamine
 - ☐ (๒) กลุ่มยา Steroid
 - ☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๔.๖.๑๒ กลุ่มยาอื่นๆ ได้แก่
 - ☐ (๑) กลุ่มยาฉีดป้องกันบาดทะยัก
 - ☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๔.๖.๑๓ กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ ได้แก่
 - ☐ (๑) อุปกรณ์ทำแผล
 - ☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจเปิด และเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ
- ☐ ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)
- ☐ ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ – สกุลผู้ป่วยและวัน เดือน ปี ที่จ่ายยา ชื่อยา ขนาดยาและความรุนแรงของยาและจำนวนยาที่สั่งจ่าย วิธีใช้ ข้อบ่งชี้หรือสรรพคุณของยา คำเตือนหรือข้อความระวังของซองยาที่สำคัญ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
- ☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น
- ☐ ๔.๑๑ ในกรณีที่มีห้องบำบัดรักษา (ห้อง Treatment) ต้องจัดให้มี
 - ☐ ๔.๑๑.๑ เตียงสำหรับการรักษา
 - ☐ ๔.๑๑.๒ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง
 - ☐ ๔.๑๑.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม
 - ☐ ๔.๑๑.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป
- ☐ ๔.๑๒ ในกรณีที่มีห้องตรวจภายใน (ห้อง PV) ต้องจัดให้มี
 - ☐ ๔.๑๒.๑ ลักษณะห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด
 - ☐ ๔.๑๒.๒ เตียงสำหรับตรวจภายใน
 - ☐ ๔.๑๒.๓ ไฟส่องตรวจ
 - ☐ ๔.๑๒.๔ อุปกรณ์การตรวจภายใน มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม
 - ☐ ๔.๑๒.๕ ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย

๕. ห้องผ่าตัดเล็ก (Operation Rooms) (ให้แยกโซนการให้บริการออกจากโซนการให้บริการทั่วไป*)

* โซนห้องผ่าตัดเล็ก ต้องจัดให้มี ห้องผ่าตัดเล็ก , ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า, ห้องสังเกตอาการ , อ่างล้างมือก่อนเข้าห้องผ่าตัด

☐ ๕.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดเล็ก ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบสุดไม่น้อยกว่า ๓ เมตร

☐ ๕.๒ ความสูงของห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า ๒.๖ เมตร ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร แต่ในกรณีที่ความสูงไม่ถึง ๒.๖ เมตร มีการตกแต่งทำฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าต้องไม่ต่ำกว่า ๒.๔๕ เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๕.๓ ทางสัญจรร่วมในส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยซึ่งต้องมีการขนส่งผู้ป่วยโดยความกว้างไม่น้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๕.๔ พื้นที่ใช้สอย (แผนกผ่าตัด) ประกอบด้วย

ส่วนใช้สอย (แผนกผ่าตัด)	พื้นที่ (ตร.ม.) ตร.ม./ห้อง ตร.ม./เตียง	ส่วนที่แคบ ที่สุด (เมตร)	ความสูง พื้นถึงฝ้า (เมตร)	หมายเหตุ
☐ ๑. ห้องผ่าตัดเล็ก (Operation Rooms)	๑๒.๐	๓	๒.๖	
☐ ๒. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า				ไม่ใช้ร่วมกับห้องน้ำ
☐ ๓. ห้องสังเกตอาการ (Observation Room)	ระยะห่างระหว่าง เตียงไม่น้อยกว่า ๘๐ ซม.			
☐ ๔. บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ)				ต้องจัดให้มี ก่อนเข้าห้อง ผ่าตัด โดยไม่ติดตั้งกีด ขวางทางสัญจรร่วม
☐ ๕. ทางสัญจร (Transfer Area)				ความกว้างไม่น้อยกว่า ๘๐ ซม.

* หมายเหตุ โซนที่ให้บริการผ่าตัดเล็ก ต้องกั้นพื้นที่แยกจากโซนที่ให้บริการกับบุคคลภายนอกให้ชัดเจนเป็นสัดส่วน

☐ ๕.๕ อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ก่อนเข้าห้องผ่าตัดเล็ก สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

☐ ๕.๖ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์

☐ ๕.๖.๑ ชุดเครื่องมือผ่าตัดเล็ก

☐ ๕.๖.๒ เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัด (แบบตั้ง หรือติดเตียง หรือติดผนัง)

☐ ๕.๖.๓ ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน **ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐

☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone

☐ (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection

- ☐ (๔) ๕๐% Glucose injection
- ☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๕.๕.๔ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในห้องผ่าตัดเล็ก

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
☐ (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
☐ (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
☐ (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
☐ (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
☐ (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
☐ (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
☐ (๗) Oral Airway	๑ อัน
☐ (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
☐ (๙) เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (AED) หรือ เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	๑ ชุด
☐ (๑๐) อุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น เปลนอน, เตียงเข็น, รถเข็น เป็นต้น	๑ ชุด
☐ (๑๑) อื่นๆ	

- ☐ ๕.๗ การควบคุมการติดเชื้อ
 - ☐ (๑) บริเวณทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้แล้ว
 - ☐ (๒) หม้อนึ่งอบความดันทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)
 - ☐ (๓) คู่มือหรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ
 - ☐ (๔) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ ระบุวัน เดือน ปีที่นำอุปกรณ์เครื่องมือเข้าสู่กระบวนการปราศจากเชื้อ และวันหมดอายุ (Exp.)

- ☐ ๕.๘ การรับส่งต่อผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน
 - ☐ (๑) เอกสารโรงพยาบาลคู่สัญญาหรือหนังสือข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินตามที่ได้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
 - ☐ (๒) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน
 - ☐ (๓) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย
 - ☐ (๔) คลิปวิดีโอแสดงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน โดยเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดเล็กไปยังรถฉุกเฉินหรือหน้าคลินิก (ถ่ายวิดีโอแบบต่อเนื่อง ไม่ตัดต่อ)

☐ ๕.๙ ยาที่ใช้และหัตถการในห้องผ่าตัดเล็ก (ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือ ยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ)

☐ ๕.๙.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้

.....

☐ ๕.๙.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....

.....

.....

.....

.....

☐ ๕.๑๐ ห้องสังเกตอาการ (Observation Rooms) ต้องจัดให้มี

☐ ๕.๑๐.๑ เตียงสำหรับสังเกตอาการ

☐ ๕.๑๐.๒ ถังปั๊มเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ ๕.๑๐.๓ Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง

☐ ๕.๑๐.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป (ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” และ ใช้ถุงสีดำเขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”)

☐ ๕.๑๑ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า (*ไม่ใช้ร่วมกับห้องน้ำ)

