แบบตรวจมาตรฐานรถทันตกรรม
เพื่อการอนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้รถทันตกรรมของสถานพยาบาล
ว่าด้วยกฎหมายสถานพยาบาล

๑. สถานพยาบาล

๑.๑ ประเภท

- ❑ ที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- ❑ ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑.๒ ชื่อสถานพยาบาล : .....**จำนวน** ..... **เตียง**

๑.๓ ลักษณะสถานพยาบาล .....

๑.๔ ตั้งอยู่ : .....

๑.๕ โทร : ..... โทรสาร : .....

๑.๖ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล : .....

๑.๗ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล : .....

๑.๘ ทะเบียนรถเลขที่ : .....

๒. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่ ..... ใช้ได้จนถึงวันที่ .....

๓. รายละเอียดมาตรฐานรถทันตกรรม

๓.๑ มาตรฐานโครงสร้าง

☐ มีขนาด เครื่องอุปกรณ์ ส่วนควบ และจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก

☐ มีการแสดงป้ายชื่อสถานพยาบาลและสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าเป็นรถทันตกรรมที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เบอร์โทรศัพท์ของสถานพยาบาล จังหวัดที่สถานพยาบาลรับการอนุญาตประกอบกิจการ

๓.๒ มาตรฐานการจัดพื้นที่ใช้สอย

☐ ต้องมีความเหมาะสมต่อการซักประวัติ จัดทำเวชระเบียนผู้รับบริการ การให้บริการละการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ

๓.๓ มาตรฐานอุปกรณ์

☐ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ

☐ มีระบบระบายอากาศ โดยคำนึงถึงทิศทางการไหลเวียนของอากาศ

☐ มีระบบไฟฟ้าสำรองที่มีกำลังเพียงพอสำหรับอุปกรณ์ต่อพ่วง และมีไฟแสงสว่างฉุกเฉินตามจุดที่จำเป็น

☐ มีระบบน้ำสำหรับให้บริการ และการจัดการน้ำทิ้งที่เหมาะสม

☐ มีภาชนะรองรับขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ กรณีขยะติดเชื้อต้องเก็บมากำจัดที่สถานพยาบาล

☐ มีอ่างล้างมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดพร้อมน้ำยาทำความสะอาด

๓.๔ มาตรฐานเครื่องมือ เครื่องใช้ในการให้บริการ

☐ ยูนิตทำฟัน จำนวน.....ยูนิต ประกอบด้วย

○ระบบให้แสงสว่าง ○ระบบเครื่องกรอฟัน ○ระบบดูดน้ำลาย ○ระบบน้ำบ้วนปาก ○เก้าอี้คนไข้

☐ เก้าอี้ทันตแพทย์

☐ เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสมหรือมีหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อในกรณีที่ต้องฆ่าเชื้อซ้ำ

☐ ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดขูดหินน้ำลาย และเครื่องมือ อุปกรณ์อื่นที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือเครื่องมือ อุปกรณ์อื่นตามขอบเขตที่ให้บริการ

<u>กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ฟัน ต้องจัดให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ดังนี้</u>

☐ เครื่องเอกซเรย์และฉากป้องกันอันตรายจากรังสีที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และมีใบแจ้งครอบครองที่ออกโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ

☐ เครื่องสำรองไฟฟ้าสำหรับคอมพิวเตอร์ของเครื่องเอกซเรย์

☐ อุปกรณ์วัดปริมาณรังสีประจำตัวบุคคล และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี

☐ ระบบไฟสัญญาณเตือนขณะเครื่องเอกซเรย์ทำงาน

☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางรังสีติดอยู่ที่บริเวณเอกซเรย์ให้เห็นได้ชัดเจน

☐ ป้ายแสดงลักษณะคำเตือน เช่น สตรีมีครรภ์หรือสงสัยตั้งครรภ์โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ ที่บริเวณเอกซเรย์หรือที่เห็นได้ชัดเจน

๓.๕ มาตรฐานยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการตรวจวัดสัญญาณชีพและการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่จัดให้มีตามความเหมาะสม ดังนี้

☐ ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์อื่นสำหรับการรักษาพยาบาล และช่วยชีวิตฉุกเฉินอย่างน้อยต้องมียาฉีดอะดรีนารีน ยาฉีดสเตียรอยด์ ยาแก้แพ้ กลูโคส ยาอมหรือพ่นใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือด ยาพ่นขยายหลอดลม น้ำเกลือ (NSS) และชุดอุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

☐ อุปกรณ์ในการตรวจวัดสัญญาณชีพ อย่างน้อยต้องมีเครื่องวัดความดันเลือด เครื่องวัดอุณหภูมิกาย และเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

☐ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินอย่างน้อยต้องมีถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ ออกซิเจน และเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (AED)

๔. ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

เสนอความเห็นต่อคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล ดังนี้

☐ ตรงตามมาตรฐานรถทันตกรรม โดยมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อไป ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ตรงตามมาตรฐานรถทันตกรรมบางส่วน โดยมีเงื่อนไขปรับปรุง ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....คณะทำงาน
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ลงชื่อ .....คณะทำงาน
(.....)
ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน .....
วันที่ .....

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลได้รับทราบผลการตรวจ เพื่อเสนอคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลฯ พิจารณาอนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้รถทันตกรรมของสถานพยาบาล ว่าด้วยกฎหมายสถานพยาบาล และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่า แต่ประการใด

ลงชื่อ ..... ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่.....