

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์

- ☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต
- ☐ มีการให้บริการเวชศาสตร์จีโนม

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 และหนังสือกำหนดคุณสมบัติ ผู้ประกอบการวิชาชีพ (กรณีให้บริการเวชศาสตร์จีโนม)

- ☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้
อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี
เวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน
- ☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่อง
ระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการ
สถานพยาบาล
- ☐ ๑.๓ หนังสือรับรองคุณสมบัติผู้ประกอบการวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ให้บริการเวชศาสตร์จีโนม

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

- ☐ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มี
กรรมสิทธิ์/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 การตรวจทางธนาครเลื้อด
- ☐ ๕.๗ การตรวจระดับโมเลกุล
- ☐ ๕.๘ การบริการเวชศาสตร์จีโนม
- ☐ ๕.๙ อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีหนังสือรับรองจากสภาวิชาชีพหรือผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์จีโนมในหลักสูตรที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด

คนที่ ๑

คนที่ ๒

คนที่ ๓

คนที่ ๔

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 โดยส่วนแคบที่สุดของอาคาร ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้
 - ☐ 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 กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้
 - ☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ 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 มีถึงดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า 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 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ 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 คำนาน้ำชื่อ หรือ ต่อกท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเทคนิคการแพทย์”

- ☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

- ☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเทคนิคการแพทย์

- ☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

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

- ☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- ☐ ๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

- ☐ 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.๑๔)

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

- ☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ 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) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบการวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการ

- ☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน

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

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

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้ได้ และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ 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 มีตู้หรือชั้น หรืออุปกรณ์ที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (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) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย

☐ (๕) ประวัติอาการเจ็บป่วย การแพ้ยา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวิเคราะห์ของผู้ป่วย (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๖) การรายงานผลและแปลผลทางเทคนิคการแพทย์ (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๗) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ให้บริการ (กรณีคลินิกرایเก่า)

☐ (๘) ข้อมูลผู้ป่วยอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

☐ ๔.๑.๔ ต้องจัดให้มีระบบการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการบริการเวชศาสตร์จีโนม (กรณีมีบริการเวชศาสตร์จีโนม)

□ ๔.๑.๕ สถานพยาบาลที่ให้บริการเวชศาสตร์จีโนมต้องจัดให้มีหนังสือแสดงความยินยอมให้ผู้รับบริการทุกรายลงนามรับรองความสมัครใจในการขอรับบริการเกี่ยวกับเวชศาสตร์จีโนม โดยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมและก่อนการให้บริการทุกครั้ง สถานพยาบาลต้องอธิบายให้ความรู้ในเรื่องขั้นตอนตลอดกระบวนการให้บริการ ระบุวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลผู้รับบริการ ภาวะแทรกซ้อนของการบริการ รวมทั้งการเก็บข้อมูลไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในการให้บริการที่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและกฎหมายที่เกี่ยวข้องและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถาม และให้แจ้งระยะเวลาการเก็บข้อมูลพันธุกรรมไว้แก่ผู้รับบริการด้วย (กรณีมีบริการเวชศาสตร์จีโนม)

□ ๔.๒ ห้องตรวจและเก็บตัวอย่าง หรือห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ต้องจัดให้มี

□ ๔.๒.๑ โต๊ะพร้อมเก้าอี้ สำหรับบันทึกประวัติ หรือให้คำปรึกษา

□ ๔.๒.๒ เตียงตรวจที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคื่นซีฟได้ตามหลักวิชาชีพ 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 และนำยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ

□ 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



สิทธิผู้ป่วย

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 ตู้ควัน 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. การตรวจทางธนาคารเลือด
- ☐ ๖.๑ กล้องจุลทรรศน์ขนาดกำลังขยายไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เท่า
 - ☐ ๖.๒ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๖.๓ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๖.๔ อื่นๆ
- ☐ ๗. การตรวจระดับโมเลกุล หรือ เวชศาสตร์จีโนม
- ☐ ๗.๑ เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางโมเลกุลตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๒ น้ำยาอุปกรณ์ตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๓ ตู้ชีวนิรภัย Biosafety cabinet class II
 - ☐ ๗.๔ ชุดตรวจสำเร็จรูปตามรายการตรวจวิเคราะห์ที่เปิดให้บริการ
 - ☐ ๗.๕ เครื่องปั่นเหวี่ยง
 - ☐ ๗.๖ เครื่องตรวจลำดับยีน Sequencing analyzer
 - ☐ ๗.๗ อื่นๆ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาล)

คณะกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุง ก่อนการประชุมของคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำในเรื่องการประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....