แบบตรวจมาตรฐานรถปฏิบัติการชันสูตร
เพื่อการอนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้รถปฏิบัติการชันสูตรของสถานพยาบาล
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. รายละเอียดมาตรฐานบริการรถปฏิบัติการชันสูตร

๓.๑ มาตรฐานโครงสร้างรถปฏิบัติการชันสูตร

☐ มีขนาด เครื่องอุปกรณ์ ส่วนควบ และจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก

☐ เคาน์เตอร์ปฏิบัติงานมีความเหมาะสม

☐ มีการแสดงป้ายชื่อสถานพยาบาล และสัญลักษณ์ที่บ่งบอกว่าเป็นรถปฏิบัติการชันสูตรที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เบอร์โทรศัพท์ของสถานพยาบาล จังหวัดที่สถานพยาบาลรับการอนุญาตประกอบกิจการ

๓.๒ มาตรฐานการจัดพื้นที่ใช้สอย

☐ พื้นที่ให้บริการภายในรถปฏิบัติการชันสูตร ต้องมีความเหมาะสมต่อการซักประวัติ จัดทำเวชระเบียนผู้รับบริการ การให้บริการและการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ

☐ กรณีมีการเก็บตัวอย่างที่ต้องใช้ห้องน้ำจะต้องมีห้องน้ำภายในรถปฏิบัติการชันสูตรสำหรับเก็บตัวอย่าง

๓.๓ มาตรฐานอุปกรณ์

☐ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ

☐ มีระบบระบายอากาศ โดยคำนึงถึงทิศทางการไหลเวียนของอากาศ

☐ มีระบบไฟฟ้าหรือต้องจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองที่มีกำลังเพียงพอ สำหรับอุปกรณ์ต่อพ่วงและติดตั้งไฟแสงสว่างฉุกเฉินตามจุดที่จำเป็น

☐ มีระบบน้ำสำหรับให้บริการ และการจัดการน้ำทิ้งที่เหมาะสม

☐ มีภาชนะรองรับขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ กรณีขยะติดเชื้อต้องเก็บมากำจัดที่สถานพยาบาล

☐ มีอ่างล้างมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิด

๓.๔ มาตรฐานเครื่องมือ เครื่องใช้ในการให้บริการ

☐ มีเก้าอี้ และโต๊ะทำงาน

☐ เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและอุปกรณ์ตรวจวิเคราะห์ที่จำเป็น และเหมาะสมกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของประเภทการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ สอดคล้องตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ กรณีมีตู้ปฏิบัติการชีวนิรภัยต้องไม่น้อยกว่าระดับ ๒

☐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ และน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์

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

☐ ตรงตามมาตรฐานรถปฏิบัติการชันสูตร โดยมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อไป ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ตรงตามมาตรฐานรถปฏิบัติการชันสูตรบางส่วน 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 พิจารณาอนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้รถปฏิบัติการชันสูตรของสถานพยาบาล ว่าด้วยกฎหมายสถานพยาบาล และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่า แต่ประการใด

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

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

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