

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากสภาการพยาบาล.....

☐ 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 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. 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 มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วน
แคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิด
ติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษ ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อ
ผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

□ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

□ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

□ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาล ต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรติดตั้งพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

□ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่ มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

□ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะ ถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

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

□ ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่าย ขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการ เผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

□ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎกระทรวง กำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)

□ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบ วิชาชีพนั้น

□ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

□ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

□ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

□ ๓.๑ มีป้ายชื่อ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์...” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

□ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีฟ้า

□ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีฟ้า

□ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์...”

□ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

□ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

□ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

□ ๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ 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) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 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 (ตามหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 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 แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

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) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ให้การรักษาพยาบาล

(กรณีคลินิกrayเก่า)

☐ ๔.๒ ห้องตรวจโรคหรือห้องให้การรักษ่า ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคืนชีพได้ตามหลัก
วิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๔.๓ เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ ที่จำเป็น

☐ ๔.๓.๑ เครื่องวัดความดันโลหิต

☐ ๔.๓.๒ พรอทวัดอุณหภูมิร่างกายสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่

☐ ๔.๓.๓ ไฟฉาย ไม่ก่ดลิ้น

☐ ๔.๓.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก

☐ ๔.๓.๕ เครื่องวัดความสูง และสายวัดความยาวของเด็กทารก

☐ ๔.๓.๖ ชุดทำแผล

☐ ๔.๓.๗ อุปกรณ์เช็ดตัวลดไข้

☐ ๔.๓.๘ มีโต๊ะ ตู้ หรือชั้นสำหรับวางอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

☐ ๔.๔ ชุดตรวจมารดาตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

☐ ๔.๔.๑ เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก ได้แก่ หูฟัง (Stethoscope)

☐ ๔.๔.๒ เครื่องวัดเชิงกรานหรือสายวัด

☐ ๔.๕ เตียงตรวจครรภ์ (ต้องมีลักษณะที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ความสูงของ
เตียงต่ำกว่าเตียงตรวจโรค และมีความกว้างกว่าเตียงทั่วไป)

- ๔.๖ ชุดทำคลอด ประกอบด้วย
 - ๔.๖.๑ ชุดทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย
 - (๑) กะละมังหรือถาด สำหรับรองรับรก
 - (๒) ถ้วย ๓ ใบ (สำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น savlon ๑:๑๐๐ สำล็ก้อนเล็ก ๒ ก้อน ชุบ ๓% Boric acid หรือ NSS สำหรับเช็ดตา และสำล็ก้อนใหญ่ ๑ ก้อน ชุบ ๗๐% แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye สำหรับเช็ดสะดือ)
 - (๓) ลูกสูบยางแดง ๑ อัน สำหรับทารกแรกเกิด
 - (๔) เชือก หรือ ยางรัดสายสะดือ ๑-๒ เส้น
 - (๕) ผ้าก๊อซ
 - (๖) สำลี
 - (๗) ผ้า safe perineum ผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง ๑ ผืน
 - (๘) ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อซ สำหรับเช็ดตัวทารกให้แห้ง
 - ๔.๖.๒ ผ้าสีเหลี่ยมที่สะอาด
 - (๑) ผ้าคลุมหน้าท้อง
 - (๒) ผ้าปูรองกัน
 - (๓) ผ้ารองรับทารก
 - ๔.๖.๓ ชุดเครื่องมือทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย
 - (๑) Sponge holding forceps ๑ ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
 - (๒) กรรไกรตัดฝีเย็บ ๑ ด้าม
 - (๓) Long arterial forceps หรือ Kocher clamps ๒ ด้าม สำหรับหนีบสายสะดือก่อนการตัดสายสะดือ
 - (๔) กรรไกรตัดสายสะดือ ๑ ด้าม
 - (๕) Tooth forceps หรือ Arterial forceps ๑ ด้าม สำหรับเลี่ยนยางรัดสายสะดือ
 - (๖) กรรไกรตัดไหม ๑ ด้าม
 - (๗) Needle holder ๑ ด้าม พร้อมไหมเย็บแผล
 - ๔.๖.๔ น้ำยา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดา น้ำยาเช็ดตาเด็ก และน้ำยาเช็ดสะดือ
- ๔.๗ ชุดตรวจหลังคลอด ประกอบด้วย
 - (๑) สายวัด
 - (๒) กรรไกรตัดไหม
- ๔.๘ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยมีจำนวนรายการและปริมาณที่เพียงพอตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หากมียาให้มีดังนี้ (ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกรายการแล้วแต่ความประสงค์)
 - ๔.๘.๑ ยาสามัญประจำบ้านหรือยาทาราหลว (มีข้อความระบุในฉลากยา)
 - ๔.๘.๒ ยาคุมกำเนิด (**ประเภทรับประทาน**) ยกเว้นยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน โดยยาคุมกำเนิดต้องเป็นสูตรมาตรฐานตามโครงการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (ประกอบด้วยตัวยา ๒ ชนิด คือ ๑) Estinyl estradiol ๐.๓ – ๐.๕ มิลลิกรัม และ ๒) Norgestrel ๐.๒๕ – ๐.๕ มิลลิกรัม

รายชื่อยาคุมกำเนิดสูตรมาตรฐาน ๔ รายการหลัก อาทิเช่น (๑) Microgest (๒) Anna (๓) Microgynon ED และ (๔) Anamai)

- ☐ ๔.๘.๓ ยาสมุนไพรบรรจุเสร็จ (ถ้ามี)
- ☐ ๔.๙ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน
- ☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัคซีนชนิดรับประทาน ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น
- ☐ ๔.๑๑ กรณีมีการจ่ายยาเม็ด ต้องมีอุปกรณ์นับเม็ดอย่างน้อยสองชุด
- ☐ ๔.๑๒ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
- ☐ ๔.๑๓ เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับควบคุมการติดเชื้อ ในกรณีที่ต้องใช้
 - ☐ ๔.๑๓.๑ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำมาสะอาด เช่น หม้อต้ม หรือหม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่ง อบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ
 - ☐ ๔.๑๓.๒ ตู้สำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และแสดงรายละเอียดของเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปี ที่นึ่ง/ เปลี่ยนน้ำยา/ ผลิต /และหมดอายุ
 - ☐ ๔.๑๓.๓ จัดทำคู่มือหรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ
 - ☐ ๔.๑๔ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - ☐ ๔.๑๔.๑ ถังบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)
 - ☐ ๔.๑๔.๒ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
 - ☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน
 - ☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย
- ☐ ๔.๑๕ กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขา

.....

☐ ๔ . ๑ ๕ . ๑ ก า ร ใ ห้ บ ริ ก า ร ใน ค ลินิก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ๔ . ๑ ๕ . ๒ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
(.....) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....