บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการแพทย์แผนไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทย

☐ 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 ที่สามารถดูแลสถานพยาบาล ได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

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 โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

☐ ๑.๔.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาเป็นสัดส่วนและมิดชิด

☐ ๑.๕.๑ ห้องตรวจต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กั้นเป็นสัดส่วน และภายในห้องต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด - ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ภายในห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาต้องไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิด

☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารลักษณะเป็นสถานที่รวม เช่น อาคารสำนักงาน คอนโดมิเนียม เป็นต้น ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ

☐ ๑.๗.๑ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อแยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด**วางคู่กันทุกห้อง**

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะเป็นชนิดที่ใช้เท้าเหยียบสำหรับเปิด-ปิด

☐ ๑.๘.๓ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ที่ชัดเจนบริเวณถุง

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการแพทย์แผนไทย ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการแพทย์แผนไทย” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการแพทย์แผนไทย ใช้**พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น **ตัวเลขอารบิคสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการแพทย์แผนไทย”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ 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 แสดงใบอนุญาตติดในที่เปิดเผยและเหมาะสม

☐ ๓.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ ๓.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

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

☐ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ ๓.๗.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ ๓.๗.๕ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

☐ ๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๘.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๘.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๙ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๑๐ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มี เวชระเบียน 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 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตร ของผู้ป่วย

☐ ๖) การวินิจฉัยโรค

☐ ๗) การรักษา

☐ ๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษาพยาบาล

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติผู้มารับบริการ

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๔.๒.๓ ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๒.๖ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ ผ้าเช็ดมือ

๔.๓ ยาและเวชภัณฑ์

☐ ๔.๓.๑ มียาสมุนไพร โดยให้ระบุ วัน เดือน ปีที่ผลิต และวันที่หมดอายุ ดังนี้

☐ ๑) ยาขับน้ำคาวปลา ☐ ๔) ยาครรภ์รักษา

☐ ๒) ยาบำรุงโลหิต ☐ ๕) ยาแก้ลม วิงเวียน

☐ ๓) ยาบำรุงน้ำนม

☐ ๔.๓.๒ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ และมีกระดาษติดซองยาหรือขวดยาให้ระบุ ชื่อคลินิก สถานที่ติดต่อ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุยาหมดอายุ อย่างชัดเจน

☐ ๔.๓.๓ อุปกรณ์การจัดยา ได้แก่ เครื่องชั่งยา ถาดนับเม็ดยา

☐ ๔.๓.๔ ผ้าพันรัดหน้าท้อง

☐ ๔.๓.๕ ชุดอยู่ไฟสำเร็จรูป

๔.๔ การผดุงครรภ์ไทย

☐ ๔.๔.๑ อุปกรณ์ดูแลการผดุงครรภ์ไทย (หากมีให้บริการ)

☐ ๑) ผ้ากันเปื้อน ๑ ผืน

☐ ๒) ผ้าพลาสติกปูรองคลอด ๑ ผืน

☐ ๓) ผ้าเช็ดมือ ๒ ผืน

☐ ๔) หมวกคลุมผม ๑ ใบ

☐ ๕) กรรไกรปลายป้านสำหรับตัดสายสะดือ ๑ อัน

☐ ๖) ลูกยางโป่งสำหรับสวนอุจจาระ ๑ อัน

☐ ๗) ลูกโป่งยางสำหรับดูดเลือด ๑ อัน

☐ ๘) ชามกลม ๑ ใบ

☐ ๙) ชามรูปไต ๑ ใบ

☐ ๑๐) เชือกผูกสะดือ ผ้าห่อสะดือ ๑ ห่อ

☐ ๑๑) แปรงล้างมือ ๑ อัน

☐ ๑๒) คีมคีบเครื่องมือต้ม ๑ อัน

☐ ๑๓) สบู่ และกล่องสบู่ ๑ ชุด

☐ ๑๔) แอลกอฮอล์ ๑ ขวด

☐ ๑๕) ทิงเจอร์ไอโอดีน ๕๐ ซีซี ๑ ขวด

☐ ๑๖) ยาหยอดตา หรือ ขี้ผึ้งปฏิชีวนะป้ายตาเด็ก ๑ ขวด หรือหลอด

☐ ๑๗) แอมโมเนีย

☐ ๑๘) มีดโกนหนวดหรือมีดโกน ๑ เล่ม

☐ ๑๙) ด่างทับทิม ๑ ตลับ

☐ ๒๐) สำลี

☐ ๒๑) ผ้าอนามัย

☐ ๔.๔.๒ มีห้องหรือบริเวณที่เตรียมอุปกรณ์ในการทับหม้อเกลือ พร้อมคำแนะนำ ข้อห้าม ข้อควรระวัง

☐ ๑) อยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ ๒) แหล่งของความร้อนเพื่อให้หม้อเกลือสมุนไพรร้อน

☐ ๒.๑) กรณีใช้เตาถ่าน บริเวณใกล้เคียงต้องไม่ติดไฟง่าย

☐ ๒.๒) กรณีใช้แก๊ส ต้องมีวาวเปิด – ปิด และมีระบบตัดแก๊ส

☐ ๒.๓) กรณีใช้เตาไฟฟ้า ต้องมีระบบเปิด –ปิด เตาไฟฟ้าและมีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๓) มีอุปกรณ์ดับเพลิง (ตามข้อ ๑.๑๐)

☐ ๔.๔.๓ ห้องหัตถการผดุงครรภ์ไทย ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้

☐ ๑) มีขนาดและพื้นที่เหมาะสมกับการให้บริการนวด และจำนวนเตียง หากเป็นห้องนวดรวมต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน มีที่ว่างระหว่างเตียงหรือที่ว่างระหว่างเบาะนวด (ในกรณียกพื้นสูง) ห่างกันไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร

☐ ๒) เตียงนวดมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๒.๐๐ เมตร เบาะมีขนาดไม่น้อยกว่า ๐.๙ x ๑.๘๐ เมตร ความสูงของเตียงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวดโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๓) เบาะที่นอนเป็นที่นอนที่เหมาะสมต่อการนวด หุ้มด้วยวัสดุคงทน และมีผ้าปูที่นอน หมอนพร้อมปลอกหมอน ผ้าคลุมตัว

☐ ๔) หากมีการประคบสมุนไพรในห้องนวดให้เพิ่มอุปกรณ์ ดังนี้

☐ ๔.๑) อ่างล้างมือพร้อมสบู่ และผ้าเช็ดมือ

☐ ๔.๒) พัดลมระบายอากาศหรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ ๔.๓) มีที่วางหม้อน้ำร้อนนึ่งลูกประคบอย่างเหมาะสมคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๕) สัดส่วนการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ : เตียงให้บริการ ไม่เกิน ๑ : ๔

☐ ๔.๔.๔ ห้องอบไอน้ำสมุนไพร (หากมีบริการ) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๔.๔.๑ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรเดี่ยว

☐ ๑) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๑.๒๐ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๒) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๓) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๔) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๕) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๗) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๘) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๙) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๐) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๑) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๒) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๓) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๔) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๔.๔.๒ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรรวม

☐ ๑) แยกห้องชาย – หญิง หรือถ้าไม่สามารถแยกได้ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการให้บริการแก่ผู้รับบริการชาย-หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๒) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๕ x ๒ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๓) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๔) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๕) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๖) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๗) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๒) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๓) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๔) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๖) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๔.๔.๓ ตู้อบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) ขนาดของตู้อบไอน้ำสมุนไพรเหมาะสมกับจำนวน และขนาดของผู้รับบริการ

☐ ๒) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ เปิดออกจากภายใน และสามารถเข้า – ออก ได้สะดวก ด้านบนของบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึง

☐ ๓) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว และมีระบบควบคุมความปลอดภัย

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรวางอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย

☐ ๕) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๖) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้น หรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๓) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๔) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๔.๔.๔.๔ กระโจมอบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) เป็นกระโจมที่ผู้รับบริการเข้าได้ทั้งร่างกาย โดยไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายยื่นออกจากกระโจม และสามารถเข้าออกได้สะดวก

☐ ๒) ขนาดของกระโจมมีความเหมาะสมกับจำนวนและขนาดผู้รับบริการ

☐ ๓) ทำจากผ้าที่ระบายอากาศได้ดีและสะอาด

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว

☐ ๕) มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการสัมผัสหม้อต้มสมุนไพรได้ง่าย

☐ ๖) เก้าอี้ในกระโจมทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) บริเวณพื้นที่ตั้งกระโจมต้องไม่ลื่น

๔.๕ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า **(ถ้ามี)** ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๕.๑ แยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย – หญิง แต่หากไม่สามารถแยกห้องชาย – หญิง ได้ ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้รับบริการชาย หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๔.๕.๒ ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๕.๓ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๕๔ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น

☐ ๔.๕.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ

☐ ๔.๕.๖ มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ

๔.๖ มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

☐ ๔.๖.๑ มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉินติดไว้ในที่เห็นชัดเจน

☐ ๔.๖.๒ มีแผนและขั้นตอนการช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

หมายเหตุ : กรณีที่คลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๑. สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่.....
.....

๒. ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....
ผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....

๓. ลักษณะสถานพยาบาล.....

๔. ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก**.....**

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
( )

วัน.....เดือน.....ปี.....