

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากแพทยสภา.....

☐ 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 และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ 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. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. 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 มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

☐ ๑.๖ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก

☐ ๑.๖.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดเล็ก ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบสุด ไม่น้อยกว่า ๓ เมตร

☐ ๑.๖.๒ ความสูงของห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า ๒.๖ เมตร ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร แต่ในกรณีที่ความสูงไม่ถึง ๒.๖ เมตร มีการตกแต่งทำฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าต้อง ไม่น้อยกว่า ๒.๔๕ เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๗ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่

☐ ๑.๗.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๒๐ ตารางเมตร และความสูง ไม่น้อยกว่า ๓ เมตร โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล

☐ ๑.๗.๒ พื้นที่ใช้สอย (แผนกผ่าตัด) ประกอบด้วย

ส่วนใช้สอย (แผนกผ่าตัด)	พื้นที่ (ตร.ม.) ตร.ม./ห้อง ตร.ม./เตียง	ส่วนที่แคบ ที่สุด (เมตร)	ความสูง พื้นถึงฝ้า (เมตร)	หมายเหตุ
Staff Area				
<input type="checkbox"/> ๑. ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว	๖	๒.๕	๒.๕	๑ และ ๒ อาจใช้พื้นที่
<input type="checkbox"/> ๒. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า	๖	๒	๒.๕	ร่วมกันได้
บริเวณรับคนไข้				
<input type="checkbox"/> ๓. Transfer Area	๙	๒.๕	๓	
Procedure Area				
<input type="checkbox"/> ๔. บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ)				ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด
<input type="checkbox"/> ๕. Operation Rooms	๒๐	๔	๓	
ส่วนประกอบอื่นๆ				
<input type="checkbox"/> ๖. Recovery Rooms				๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด

(หมายเหตุ เติ่งพักพื้น ๑.๕ เติ่งต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเติ่งพักพื้น จำนวน ๒ เติ่ง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเติ่งพักพื้น จำนวน ๓ เติ่ง เป็นต้น)

☐ ๑.๘ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

□ ๑.๙ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

□ ๑.๑๐ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

□ ๑.๑๐.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

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

□ ๑.๑๐.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

□ ๑.๑๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)

□ ๑.๑๒ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ ๑.๑๓ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

□ ๑.๑๔ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมานูเพื่อสันติ ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์ จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

□ ๑.๑๔.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

□ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

□ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

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

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

- ☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม.... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ
 - ☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร
 - ☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม....” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก
 - ☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว
 - ☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเขียว
- ☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม
- ☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้
 - ☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม....”
 - ☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย
 - ☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม
 - ☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต
 - ☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก
- ☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - ☐ 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) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพ (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 ให้ยื่นแบบ ส.พ. ๖ (หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

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

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 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 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) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ

ของผู้ป่วย

- ☐ (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ขั้นสุดของผู้ป่วย (กรณีคลินิกรายเก่า)
- ☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกรายเก่า)
 - ☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกรายเก่า)
 - ☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษายาบาล (กรณีคลินิกรายเก่า)

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

- ☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้
- ☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

- ☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

- ☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

- ☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี

- ☐ ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)

- ☐ ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

- ☐ ๔.๓.๓ ปอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

- ☐ ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม่กดลิ้น

- ☐ ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

- ☐ ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

- ☐ ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอต่อการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ดังต่อไปนี้

- ☐ ๔.๖.๑ ต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์เฉพาะทางในสาขาของแพทย์ผู้ชำนาญการที่ได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา

- ☐ ๔.๖.๒ หากมีการให้บริการตรวจโรคทั่วไปต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ดังนี้

- ☐ (๑) กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่

- ☐ (ก) กลุ่มยา Penicillin

- ☐ (ข) กลุ่มยา Sulf

- ☐ (ค) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide

- ☐ (ง) อื่นๆ ระบุ.....

- ☐ (๒) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

- ☐ (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร

- ☐ (ข) กลุ่มยาโรคท้องเสีย

- ☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....

- ☐ (๓) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

- ☐ (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
- ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๔) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคหัดที่มีอาการไอ
 - ☐ (ข) กลุ่มยาโรคหอบหืด
 - ☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๕) กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคชัก
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๖) กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๗) กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง
 - ☐ (ข) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ
 - ☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๘) กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคเบาหวาน
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๙) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาโรคปวดหลัง
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๑๐) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๑๑) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยา Antihistamine
 - ☐ (ข) กลุ่มยา Steroid
 - ☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๑๒) กลุ่มยาอื่นๆ ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยาฉีดป้องกันบาดทะยัก
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ (๑๓) กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ ได้แก่
 - ☐ (ก) อุปกรณ์ทำแผล
 - ☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ
- ☐ ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)

☐ ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

☐ ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

☐ ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐

☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethasone Injection หรือ Hydrocortisone

☐ (๓) ยาฉีด Chlorpheniramine injection

☐ (๔) ๕๐% Glucose injection

☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
<input type="checkbox"/> (๑) ถังบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
<input type="checkbox"/> (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
<input type="checkbox"/> (๖) เสาคาน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๗) Oral Airway	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
<input type="checkbox"/> (๙) อื่นๆ	
<input type="checkbox"/> (๑๐) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	๑ เครื่อง

☐ ๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ ๔.๑๒ ในกรณีที่มีห้องบำบัดรักษา (ห้อง Treatment) ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๑๐.๑ เพียงสำหรับการรักษา

☐ ๔.๑๐.๒ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง

☐ ๔.๑๐.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม

☐ ๔.๑๐.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป

☐ ๔.๑๓ ในกรณีที่มีห้องตรวจภายใน (ห้อง PV) ต้องจัดให้มี

- ☐ ๔.๑๓.๑ ลักษณะห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด
- ☐ ๔.๑๓.๒ เตียงสำหรับตรวจภายใน
- ☐ ๔.๑๓.๓ ไฟส่องตรวจ
- ☐ ๔.๑๓.๔ อุปกรณ์การตรวจภายใน มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม
- ☐ ๔.๑๓.๕ ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย

☐ ๔.๑๔ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก (ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือ ยากลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ)

- ☐ ๔.๑๔.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ ๔.๑๔.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔.๑๔.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์

☐ (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ (๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นิ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ

- ☐ (๓) ถังออกซิเจน
- ☐ (๔) ถุงปั๊มพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)
- ☐ (๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป
- ☐ (๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินต้องจัดให้มีในห้องผ่าตัด
- ☐ (๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง หรือติดเตียง หรือติดผนัง)
- ☐ (๘) จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

- ☐ (ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

□ ๔.๑๕ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่ (ชนิดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัดใหญ่มี ๓ ประเภท คือ ๑) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งใช้ปริมาณยาชาเฉพาะที่เป็นจำนวนมาก หรือการทำผ่าตัดหลายอวัยวะพร้อมๆ กันในการทำผ่าตัดครั้งเดียว ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาชาเฉพาะที่ในปริมาณสูง ๒) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยารับประทานที่ทำให้หลับ หรือยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้หลับ หรือมีการดมยาสลบร่วมด้วย ๓) การผ่าตัดที่มีการดมยาสลบให้ผู้ป่วยหลับ

□ ๔.๑๕.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้

.....

□ ๔.๑๕.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....

.....

.....

.....

.....

.....

□ ๔.๑๕.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์

□ (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐาน ใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด

□ (๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมี
สัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน

□ (๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line)

□ (๔) เครื่องดูดเสมหะ

□ (๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง

□ (๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค

□ (๗) เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator)

□ (๘) ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

□ (๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) และการวัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (Oxygen Saturation)

□ (๑๐) ชุดใส่ท่อหายใจ (ชุด Laryngoscope)

□ (๑๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

□ (๑๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/
เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ)

□ (๑๓) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า

□ (๑๔) ระบบไฟฟ้าสำรองหรือระบบทำแสงสว่างสำรอง

- ☐ ๔.๑๕.๔ ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง)

หมายเหตุ เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น และภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี

- ☐ (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น
☐ (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง

- ☐ ๔.๑๕.๕ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (๑) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

- ☐ (๒) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (๓) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

- ☐ ๔.๑๕.๖ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด

- ☐ (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการตมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

☐ (๒) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

(ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบจากการแจ้งยืนยันรายชื่อวิสัญญีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก เป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วม (แบบ ส.พ. ๖) โดยระบุวัน เวลาที่ปฏิบัติงานให้ชัดเจน

☐ ๔.๑๓ การให้บริการ หรือหัตถการสำหรับบริการเฉพาะในสาขาตามวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรที่ขออนุญาตให้บริการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ๔.๑๓.๑ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับบริการเฉพาะในสาขาตามวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรที่ขออนุญาตให้บริการ.....

.....

.....

.....

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.....