

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาไตเทียม

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร.....เลขที่.....ออกให้วันที่.....
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....

รายชื่อพยาบาลที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (1คนต่อ4เครื่องไตเทียม) และพยาบาลวิชาชีพ
เทียม (1คนต่อ4เครื่องไตเทียม)

คนที่ 1

คนที่ 2

คนที่ 3

คนที่ 4

จำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด.....เครื่อง

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจ
ดังนี้คือ

1. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ 1.1 หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้
อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี
เวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ 1.2 กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะ
เวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถาน
พยาบาล

2. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ 2.1 มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้
มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

3. ลักษณะที่ตั้ง

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว

- ☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
- ☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
- ☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
- ☐ อื่น ๆ

4. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

๒๒
๒๒ ๑

ข้อ 2

ชั้น 3

หน้า 4

ข้อ ๕

5. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ॐ. ॐ.

১৬.

உ.எ.

.....

Q. Q.

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

หมายเหตุ บุคคล/องค์กร ที่ได้รับจากแพทยสภา คือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ☐ เมื่อไม่
จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง ☐

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- ☐ 1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ☐ 1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- ☐ 1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
 - ☐ 1.3.1 มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.00 เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมต่อและเปิดติดต่อถึงกันได้
 - ☐ 1.3.2 มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย 5 ที่นั่ง
- ☐ 1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้อย่างสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร
- ☐ 1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษា ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ☐ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช่มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ
 - ☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล่องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ
- ☐ 1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม
- ☐ 1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- ☐ 1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อแยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
 - ☐ 1.8.1 ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
 - ☐ 1.8.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”
 - ☐ 1.8.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

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

□ 1.10 มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ 1.11 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

□ 1.12 กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นส่วนร่วมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมานูเพื่อสันติ ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์ จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

□ ๑.๑2.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

□ 2.2 ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

□ 2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

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

□ 2.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ 2.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

□ 3.1 มีป้ายชื่อคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม.... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ 3.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ 3.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม...” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

□ 3.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว

□ 3.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเขียว

□ 3.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ 3.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ 3.3.1 คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม...”

□ 3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ 3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม

□ 3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ 3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

□ 3.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

3.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.12) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

□ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

□ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

□ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.7)

□ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.19)

□ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.12) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

□ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย ไม่เกิน 1 ปี ขนาด 8 เซนติเมตร x 13 เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.6 (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

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

☐ 3.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราการรักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้ มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ 3.๖.2 แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ 3.๖.3 จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ 3.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ 3.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณ ที่พักคอยของผู้รับบริการ

4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ 4.1 เวชระเบียน

☐ 4.1.1 มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ 4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (1) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ 4.1.3 มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (1) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (2) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ (3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ (5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย (กรณีคลินิกทรายแก้ว)

☐ (6) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกทรายแก้ว)

☐ (7) การรักษา (กรณีคลินิกทรายแก้ว)

☐ (8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกทรายแก้ว)

☐ 4.1.4 ต้องจัดให้มีการลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกราย

☐ 4.1.2 สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกราย โดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอม และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไปทุก 6 เดือน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมได้

4.2 เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ 4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ 4.2.2 เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคื่นชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ 4.2.4 ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ 4.2.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช่มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ด

มือ

4.3 เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี

☐ 4.3.1 หูฟัง (Stethoscope)

☐ 4.3.2 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

☐ 4.3.3 ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

☐ 4.3.4 ไฟฉาย ไม่กดลิ้น

☐ 4.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ 4.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ 4.๖ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาไตเทียม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๖.๑ ต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์เฉพาะทางในสาขาของแพทย์ผู้ชำนาญการที่ได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา

☐ ๔.๖.๒ หากมีการให้บริการตรวจโรคทั่วไปต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ อย่างน้อย ๕ กลุ่มยา จาก ๑๓ กลุ่มยา ดังนี้

- ☐ (๑) กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่
 - ☐ (ก) กลุ่มยา Penicillin
 - ☐ (ข) กลุ่มยา Sulfa
 - ☐ (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) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคล้ายกล้ามเนื้อ 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.....

- ☐ 4.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ
- ☐ 4.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)
- ☐ 4.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
- ☐ 4.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

- ☐ 4.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม
 - ☐ ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ
 - ☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐
 - ☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ

Hydrocortizone

- ☐ (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection
- ☐ (๔) ๕๐% Glucose injection
- ☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อยายหลอดเลือดหัวใจ
- ☐ (6) ยาฉีด Sodium Bicarbonate injection
- ☐ (7) ยาฉีด Calcium Chloride/Gluconate injection
- ☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
☐ (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
☐ (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
☐ (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
☐ (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
☐ (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
☐ (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
☐ (๗) Oral Airway	๑ อัน
☐ (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
☐ (๙) อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย	1 ชุด
☐ (๑๐) Laryngoscope	1 ชุด
☐ (1๑) Endotracheal tube ขนาดต่างๆ	1 ชุด
☐ (1๒) เครื่องดูดเสมหะ	1 เครื่อง
☐ (1๓) รถเข็นสำหรับกู้ชีพฉุกเฉิน	1 คัน
☐ (๑๔) เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	ควรมี

☐ 4.๑๑.๓ มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน

☐ (๑) มีระบบในการเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งจะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่ได้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

☐ (5) ห้องฟอกไตเทียม

☐ (5.1) มีขนาดของห้องบริการฟอกเลือดที่สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและอุปกรณ์และพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน โดยมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่าสี่ตารางเมตรต่อหนึ่งจุดบริการ โดยพื้นที่แคบที่สุดไม่น้อยกว่า ๑.๘ เมตร เพื่อให้มีพื้นที่สามารถช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยสะดวก

☐ (5.2) มีพื้นที่เตรียมน้ำบริสุทธิ์ พื้นที่ล้างตัวกรอง

- ☐ (5.3) มีระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง
- ☐ (5.4) เครื่องไตเทียมที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งหนังสือคู่มือประจำเครื่อง เกณฑ์การทำความสะอาดและการทะนุบำรุงเครื่อง โดยถ้าเป็นฉบับภาษาอังกฤษ ต้องมีฉบับภาษาไทยด้วย
- ☐ (5.5) ระบบทำน้ำบริสุทธิ์ที่ได้มาตรฐาน (Water Treatment System) เช่น Reverse Osmosis, Deionizer พร้อมเกณฑ์การทำความสะอาดระบบน้ำและควบคุมคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา
- ☐ (5.6) ตัวกรองเลือด ในกรณีที่จะนำตัวกรองเลือดมาใช้ซ้ำ (Dialyzer Reprocessing) จะต้องมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด
- ☐ (5.7) หากมีบริการ จัดให้มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐานและสามารถทำการตรวจวิเคราะห์ผลการชั้นสูงได้เท่าที่จำเป็นเป็นอย่างน้อย
- ☐ (6) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อ
 - ☐ (6.๑) ห้องให้บริการฟอกเลือด ต้องเป็นเขตกึ่งปลอดเชื้อ
 - ☐ (6.2) การใช้และปฏิบัติงานในเขตห้องบริการฟอกเลือดถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ
 - ☐ (6.3) มีมาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

ส่วนที่ 3 ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

- ☐ อนุญาต
- ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

