

รายการเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมกรณีการขออนุญาตเปิดคลินิกไตเทียม

- ☐ หนังสือรับรองการเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล ๑ ฉบับ
- ☐ แบบฟอร์มหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ แบบ ส.พ.๖ ของแพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน
 - 1. หนังสือรับรองแพทย์ หรือ หนังสือรับรองพยาบาล คนละ ๑ ฉบับ
 - 2. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง (ด้านไตเทียม) คนละ ๑ ฉบับ

เอกสารแสดงมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ.2543) เรื่อง มาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล ดังนี้

- ☐ แบบแปลนภายในแผนที่แสดงมาตราส่วน และ ระยะต่างๆที่จำเป็น มีการแสดงรายละเอียดทางสถาปัตยกรรม
 - ที่สำคัญ เช่น ประตู ทางสัญจร ผัง ครัวภัณฑ์ ที่จำเป็นตามประกาศฯ (1 ยูนิต=สี่ตารางเมตร) ๑ ชุด
- ☐ เอกสารแสดงระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง ๑ ชุด
- ☐ เอกสารแสดงห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐาน เช่น ใบอนุญาตจากหน่วยงานราชการ และสามารถวิเคราะห์ผลการชั้นสูงได้เท่าที่จำเป็น เช่น Routine lab, KT/V, URR, HBsAb, Anti-HCV, EKG, CXR
- ☐ เอกสารรับรองมาตรฐานเครื่องไตเทียม /คู่มือประจำเครื่องฉบับภาษาไทย และเกณฑ์การทำความสะอาดและการทำนุบำรุงเครื่อง ๑ ชุด
- ☐ เอกสารรับรองมาตรฐานระบบทำน้ำบริสุทธิ์, เกณฑ์การทำความสะอาดและควบคุมคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์
- ☐ ผลวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์จากตำแหน่งที่นำน้ำบริสุทธิ์มาใช้ ได้แก่ ตำแหน่งที่จ่ายน้ำบริสุทธิ์เข้าเครื่องไตเทียมแต่ละเครื่อง ตำแหน่งที่ใช้ล้าง และเตรียมตัวกรองเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ และตำแหน่งของน้ำ Dialysis ของเครื่องไตเทียมแต่ละเครื่อง อย่างน้อย ๒๕% ของตำแหน่งต่างๆ และมีแผนส่งเพาะเชื้อเป็นประจำทุกเดือน
- ☐ ผลการตรวจหาสารปนเปื้อนทางเคมีตามมาตรฐานของ AAMI ของน้ำบริสุทธิ์ และมีแผนส่งตรวจอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง
- ☐ เอกสารการรับรองมาตรฐานตัวกรองเลือด ๑ ชุด
- ☐ รายการเครื่องมือและยาในการปฏิบัติการกู้ชีพ
- ☐ ระบบการช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉิน
- ☐ หนังสือรับรองการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ๑ ชุด
- ☐ คู่มือระบบควบคุมการติดเชื้อและการดูแลความสะอาดภายในคลินิก ๑ ชุด
- ☐ แบบฟอร์มภายในแผนที่สำคัญ ตามประกาศฯ ๑ ชุด
- ☐ ระบบบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกตามท่อระบายน้ำสาธารณะ ๑ ชุด

* หมายเหตุ : ทูรรอบ ทุกวัน ที่มีบริการ ต้องมีบุคลากรครบตามประกาศกระทรวงฯ กำหนด *

หนังสือรับรอง

การเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล

ตามที่ กองการประกอบโรคศิลปะ ได้ตรวจสถานที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน
สถานพยาบาลชื่อ.....เพื่อพิจารณา
อนุญาตให้เพิ่มบริการห้องไตเทียม เพื่อให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2543)
เรื่อง มาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....
พ.ศ..... นั้น ข้าพเจ้า ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขอแจ้ง วันและ เวลา ที่เปิดให้บริการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตาม ดังนี้

วันที่ให้บริการ	เวลา / รอบที่.....	เวลา/ รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า.....
.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการเปลี่ยนแปลงประการใดจะแจ้งวันและเวลาที่
เปลี่ยนแปลงให้ทราบต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต
(.....)

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

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรอง (พยาบาล)

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปฏิบัติงานในห้องไตเทียมของสถานพยาบาล
 ชื่อ.....ซึ่ง ข้าพเจ้าฯ ☐ ได้รับประกาศนียบัตรเป็นพยาบาล
 ผู้เชี่ยวชาญการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ออกให้ ณ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หรือ ☐ ประกาศนียบัตรได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาล
 ไตเทียม หลักสูตร 4 เดือน ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึง
(เป็นสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง)
 ตามวันและเวลาปฏิบัติงานดังนี้

วันที่ให้บริการ	เวลา / รอบที่.....	เวลา/ รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าวัน เวลา ดัง
 กล่าว
 ข้างต้นไม่ซ้ำซ้อนกับวัน เวลา ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
 ในสถานพยาบาลอื่น และหากมีการเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ดังกล่าวจะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรอง (แพทย์)

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปฏิบัติงานในห้องไตเทียมของสถานพยาบาล
ชื่อ.....ซึ่ง ข้าพเจ้าฯ ☐ ได้รับวุฒิเฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต
หรือ ☐ หนังสือผ่านการอบรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลักสูตร 4 เดือน จากสถาบัน.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หรือ ☐ ประกาศนียบัตรได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาล
.....(เป็นสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง)
ตามวันและเวลาปฏิบัติงานดังนี้

วันที่ให้บริการ	เวลา / รอบที่.....	เวลา/ รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าวัน เวลา ดัง
กล่าว
ข้างต้นไม่ขัดแย้งกับวัน เวลา ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
ในสถานพยาบาลอื่น และหากมีการเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ดังกล่าวจะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต
(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....