

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

วุฒิปัตร์/อนุมัติปัตร์ ที่ได้รับจากสภาการพยาบาล.....

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตามที (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...../...../.....ปรากฏผลการตรวจ
ดังนี้คือ

1. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ 1.1 หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้
อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี
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

.....

ชั้น 2

ชั้น 3

ชั้น 4

ข้อ 5

.....

๕. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

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

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- 1.1 ตั้งอยู่ในท่ามกลางที่สะดวก 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 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษ ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ
 - ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ
- 1.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม
- 1.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- 1.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่ มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
 - 1.๘.1 ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
 - 1.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”
 - 1.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

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

□ 1.1๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ 1.1๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

□ 2.2 ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

□ 2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ 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 ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

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

□ 3.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

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

□ 3.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีฟ้า

□ 3.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีฟ้า

□ 3.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ 3.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

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

□ 3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ 3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

□ 3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ 3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

□ 3.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

□ 3.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.12) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

□ 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) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มีหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (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) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบการวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิกให้ยื่นแบบ ส.พ.6 (หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

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

☐ 3.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราการรักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ 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 สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตาม
กฎกระทรวง

☐ (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 และผลการตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย (กรณีคลินิกgrayเก่า)

☐ (6) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกgrayเก่า)

☐ (7) การรักษา (กรณีคลินิกgrayเก่า)

☐ (8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ให้การรักษาศูนย์

(กรณีคลินิกgrayเก่า)

☐ 4.๒ ห้องตรวจโรคหรือห้องให้การรักษ ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

☐ 4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ 4.2.2 เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลัก

วิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ 4.2.4 ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ 4.2.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ด

มือ

☐ 4.๓ เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ ที่จำเป็น

☐ 4.๓.1 เครื่องวัดความดันโลหิต

☐ 4.๓.๒ ปรอทวดอุณหภูมิร่างกายสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่

☐ 4.๓.๓ ไฟฉาย ไม่ก่ดลื่น

☐ 4.๓.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก

- ☐ 4.๓.๕ เครื่องวัดความสูง และสายวัดความยาวของเด็กทารก
- ☐ 4.๓.๖ ชุดทำแผล
- ☐ 4.๓.๗ อุปกรณ์เช็ดตัวลดไข้
- ☐ 4.๓.๘ มีโต๊ะ ตู้ หรือชั้นสำหรับวางอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้
- ☐ 4.๔ ชุดตรวจมารดาตั้งครรภ์ ประกอบด้วย
 - ☐ 4.๔.1 เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก ได้แก่ หูฟัง (Stethoscope)
 - ☐ 4.๔.๒ เครื่องวัดเชิงกรานหรือสายวัด
- ☐ 4.๕ เติ่งตรวจครรภ์ (ต้องมีลักษณะที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ความสูงของเตี๋ยต่ำกว่าเตี๋ยตรวจโรค และมีความกว้างกว่าเตี๋ยทั่วไป)
- ☐ 4.๖ ชุดทำคลอด ประกอบด้วย
 - ☐ 4.๖.1 ชุดทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย
 - ☐ (1) กะละมังหรือถาด สำหรับรองรับรก
 - ☐ (๒) ถ้วย 3 ใบ (สำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น savlon 1:100 สำลือก้อนเล็ก 2 ก้อน ชุบ 3% Boric acid หรือ NSS สำหรับเช็ดตา และสำลือก้อนใหญ่ 1 ก้อน ชุบ 70% แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye สำหรับเช็ดสะดือ)
 - ☐ (๓) ลูกสูบยางแดง 1 อัน สำหรับทารกแรกเกิด
 - ☐ (๔) เชือก หรือ ยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น
 - ☐ (๕) ผ้าก๊อซ
 - ☐ (๖) สำลี
 - ☐ (๗) ผ้า safe perineum ผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง 1 ผืน
 - ☐ (๘) ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อซ สำหรับเช็ดตัวทารกให้แห้ง
 - ☐ 4.๖.๒ ผ้าสีเหลี่ยมที่สะอาด
 - ☐ (1) ผ้าคลุมหน้าท้อง
 - ☐ (๒) ผ้าปูรองกัน
 - ☐ (๓) ผ้ารองรับทารก
 - ☐ 4.๖.๓ ชุดเครื่องมือทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย
 - ☐ (1) Sponge holding forceps 1 ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

- ☐ (๒) กรรไกรตัดฝีเย็บ 1 ด้าม
- ☐ (๓) Long arterial forceps หรือ Kocher clamps 2 ด้าม สำหรับหนีบสายสะดือก่อนการตัดสายสะดือ
- ☐ (๔) กรรไกรตัดสายสะดือ 1 ด้าม
- ☐ (๕) Tooth forceps หรือ Arterial forceps 1 ด้าม สำหรับเลื่อนยางรัดสายสะดือ
- ☐ (๖) กรรไกรตัดไหม 1 ด้าม
- ☐ (๗) Needle holder 1 ด้าม พร้อมไหมเย็บแผล
- ☐ 4.๖.๔ น้ำยา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดา น้ำยาเช็ดตาเด็ก และน้ำยาเช็ดสะดือ
- ☐ 4.๗ ชุดตรวจหลังคลอด ประกอบด้วย
 - ☐ (1) สายวัด
 - ☐ (๒) กรรไกรตัดไหม
- ☐ 4.๘ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยมีจำนวนรายการและปริมาณที่เพียงพอตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หากมียาให้มิดังนี้ (ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกรายการแล้วแต่ความประสงค์)
 - ☐ ๔.๘.๑ ยาสามัญประจำบ้านหรือยาดาราหลวง (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 (1) Microgest (๒) Anna (๓) Microgynon ED และ (๔) Anamai)
 - ☐ ๔.๘.๓ ยาสมุนไพรที่ไม่ใช่ยาอันตราย (ถ้ามี)
 - ☐ 4.๙ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน
 - ☐ 4.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัคซีนชนิดรับประทาน ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น
 - ☐ 4.๑๑ กรณีมีการจ่ายยาเม็ด ต้องมีอุปกรณ์นับเม็ดยาอย่างน้อยสองชุด
 - ☐ 4.๑๒ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
 - ☐ 4.๑๓ เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับควบคุมการติดเชื้อ ในกรณีที่ต้องใช้

☐ 4.๑๓.1 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำความสะอาด เช่น หม้อต้ม หรือหม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่ง อบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ

☐ 4.๑๓.๒ ตู้สำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และแสดงรายละเอียดของเครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปี ที่นึ่ง/ เปลี่ยนน้ำยา/ ผลิต /และหมดอายุ

☐ 4.๑๓.๓ จัดทำคู่มือหรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจาก เชื้อ

☐ 4.๑๔ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์

☐ ๔.๑๔.๑ ถุงปั๊มลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ 4.๑๔.๒ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าใน การช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ 4.๑๕ กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
สาขา.....

☐ ๔.๑๕.๑ การให้บริการใน
คลินิก.....

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

☐ ๔.๑๕.๒ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่อง
ใช้.....

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

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....