ลำดับที่.....
ว/ด/ปี ที่สำรวจ...../...../.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ประจำปี .....

คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม สาขา.....

ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต .....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ .....
3. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่ .....
4. ชื่อผู้ประกอบกิจการ .....
5. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .....
6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต .....
7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 1. ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

2. ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

3. ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

4. ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

8. ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
9. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว
☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น
ตั้งอยู่ชั้นที่.....
☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
☐ อื่น ๆ .....

10. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม ☐ ศัลยกรรม ☐ ศัลยกรรมตกแต่ง ☐ ล้างไต
☐ ทรีตเม้นท์ผิวหน้า ☐ เอ็กซเรย์ ☐ แล็บเบื้องต้น
☐ ฝังเข็ม ☐อื่น ๆ .....

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .....ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

พื้นที่ให้บริการภายในคลินิก มีดังนี้ .....

.....

.....

11. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ .....

.....

12. เครื่องมือเฉพาะทาง ได้แก่.....

.....

.....

13 ยาเฉพาะทาง ได้แก่.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย ✔ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย – **ในช่องว่าง**

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
การตรวจสอบผู้ดำเนินการ 1.พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล			หากไม่พบผู้ดำเนินการ ให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ..... ....
2.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่			
3.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่			
การตรวจสอบสถานที่ 1. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล 1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย			

1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้			
1.3.1 มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.00 เมตร			
1.3.2 มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า 5- 10 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง			
1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร			
1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา 1.5.1 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน			
1.5.2 ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ 1 เตียง			
1.5.3 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลว ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว			
1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ			
รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม)			
1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม 1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง			

1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน			
1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) 1.9.1 เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ทำ เช่น Autoclave หม้อต้มเครื่องมือแพทย์ เครื่องนึ่ง			
1.9.2 แช่น้ำยาฆ่าเชื้อ			
1.9.3 ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ติดในที่เปิดเผยภายในคลินิก			
1.10 กรณีมีบริการเอกซเรย์ ต้องมีความปลอดภัยทางรังสี ดังนี้ 1.10.1 ห้องเอกซเรย์ ประตูและผนังของห้องให้บริการต้องป้องกันอันตรายจากรังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีตามมาตรฐานของสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ			
1.10.2 ป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสี			
1.10.3 ป้ายคำเตือนผู้ป่วยมีครรภ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่			
1.10.4 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีสำหรับผู้ป่วย 1) เสื้อตะกั่ว 2) ฉากกั้นรังสี			
1.10.5 ตู้ส่องฟิล์มหรือจอแสดงผลภาพถ่ายทางรังสีระบบดิจิทัล			
รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
1.10.6 มีหนังสือรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และใบอนุญาตครอบครองรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ			
1.11 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน 1.11.1 ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์			
1.11.2 มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น			

1.11.3 ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง			
1.12 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้ 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ			
2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี			
2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น			
2.4 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน			
2.5 ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก			
2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น			
2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดเจนและถาวร			

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	

2.6 ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่			
3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย 3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง 3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร			
3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวหนังสือ สีเขียว สีพื้นป้ายสีขาว			
3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขสีเขียว			
3.1.4 กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม			
3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด 3.3.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก			
3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ			

3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก			
3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ			
3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน			
3.8 แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ			
3.9 มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			

3.10 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
3.11 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			
4.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล 4.1 เวชระเบียน 4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย			

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้			
1) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย			
2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด <u>ตามที่กฎกระทรวงกำหนด</u> 1) ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล			
2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น			
5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตรของผู้ป่วย			
6) การวินิจฉัยโรค			
7) การรักษา			
8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล			
4.2 เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรคทุกห้องต้องประกอบด้วย 4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้			

4.2.2 เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พร้อมอุปกรณ์			
1) มีขนาดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พื้นแข็ง สามารถช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้ตามหลักวิชาชีพ			
2) ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง			
3) มีปลอกหมอน ผ้าปูเตียง และผ้าคลุมตัวผู้ป่วย			
4.3 เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้องมี 4.3.1 หูฟัง (Stethoscope)			
4.3.2 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)			
4.3.3 ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกาย หรือ อุปกรณ์วัดอุณหภูมิ			
4.3.4 ไฟฉาย ไม้กดลิ้น			
4.3.5 เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง			
5. ยา และเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาล 5.1 มียาและเวชภัณฑ์อื่นที่จำเป็น โดยมีจำนวน รายการและประมาณเพียงพอ ตามลักษณะสถานพยาบาล			

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
5.2 ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ (ให้ใช้ภาชนะบรรจุ ยาเดิมที่ได้มาจากแหล่งผลิตยานั้น)			
5.3 มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด			
5.4 ภาชนะบรรจุยาหรือฉลากติดซองยาให้ระบุ**ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล** ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุวันที่ยาหมดอายุอย่างชัดเจน			
5.5 มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน			
5.6 มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้น ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ มีปรอทวัดอุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิในตู้เย็น			
5.7 กรณีมียาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ			
5.8 ยาต้องมีทะเบียน เว้นแต่เป็นการผลิตตามใบสั่งยาของ			

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สั่งให้สำหรับคนไข้เฉพาะรายของสถานพยาบาล กรณีการผลิตยาของสถานพยาบาลต้องมีมาตรฐานการผลิต การแสดงฉลากและวันหมดอายุให้ชัดเจน			
6. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย			
6.1 ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะสถานพยาบาล ในคลินิกเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ **ต้องมีครบทุกรายการ** ได้แก่			
(๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐			
(๒)ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone			
(๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection			
(๔) ๕๐% Glucose injection			
(๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ			
(6) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจตามลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล ๑ ชุด			
(7) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid) ๒ ชุด			
(8) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ ๒ ชุด			
(9) Disposable Syringe ๕ หลอด			
(10) เข็ม Disposable ๕ อัน			
รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
(11) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้ ๑ อัน			
(12) Oral Airway ๑ อัน			
(13) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจน			
(14) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator)			
6.3 มีแผนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล			

(๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			
7.ในกรณีมีห้องบำบัดรักษา (ห้อง Treatment) จะต้องมี 7.1 เตียงสำหรับให้การรักษา			
7.2 ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง			
7.3 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีระบบควบคุมการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม			
7.4 มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป			
8. กรณีมีห้องตรวจภายใน (ห้อง PV) จะต้องมี 8.1 ลักษณะเป็นสัดส่วนมิดชิด			
8.2 เตียงสำหรับตรวจภายใน			
8.3 ไฟส่องตรวจ			
8.4 อุปกรณ์การตรวจภายใน มีการทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม			
8.5 ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย			
9. กรณีมีห้องผ่าตัดเล็ก 9.1 ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า 12 ตารางเมตร ส่วนที่แคบที่สุด ไม่น้อยกว่า 3 เมตร ความสูงไม่น้อยกว่า 2.6 เมตร หากมีการตกแต่งฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าไม่ต่ำกว่า 2.45 เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศที่เหมาะสม			
9.2 อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)			

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	

(๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ			
(๓) ถังออกซิเจน			
(๔) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)			
(๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป			
(๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน**ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด			
(๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง /ติดเตียง/ ติดผนัง)			
(๘) จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้ (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อ ล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด (ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว (ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ			
10. กรณีมีห้องผ่าตัดใหญ่ 10.1 ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร ความสูงไม่น้อยกว่า 3 เมตร			
10.2 พื้นที่ใช้สอยประกอบด้วย **<u>Staff Area</u>** ๑) ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว พื้นที่ (6 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด ๒.๕ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า ๒.๕ เมตร			1 และ 2 ร่วมกันได้
๒) ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า พื้นที่ (6 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด ๒ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า ๒.๕ เมตร			
<u>บริเวณรับคนไข้</u> 3) Transfer Area พื้นที่ (9 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด ๒.๕ เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า 3 เมตร			
<u>Procedure Area</u>			ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด

4) บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ)			
๕) Operation Rooms พื้นที่ (20 ตารางเมตร) ส่วนที่แคบที่สุด 4 เมตร ความสูงพื้นถึงฝ้า 3 เมตร			
๖) Recovery Rooms			๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้อง

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
10.2 อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ห้องผ่าตัดใหญ่ (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐาน ใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด			
(๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน			
(๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line)			
(๔) เครื่องดูดเสมหะ			
(๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง			
(๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค			
(๗) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrilator)			
(๘) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)			
(๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (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			
(15) ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง)			
ภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจน			

รายการตรวจ	**ผลการตรวจ**		**หมายเหตุ**
	ถูกต้อง	**ไม่ถูกต้อง**	
10.3 จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้ (1) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว			
(2) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ			
10.4.บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่			(ระบุชื่อ).....
(2) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่			

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....) (.....)

ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ..... พยาน

(.....) (.....)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....