

ลำดับที่ .....

ว/ด/ป ที่สำรวจ...../...../ 49

แบบบันทึกการสำรวจข้อมูลคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียม

การสำรวจข้อมูลสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประจำปี 2549 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองการประกอบโรคศิลปะ

ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง ตามสภาพหรือสิ่งที่พบ

- ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต .....
- ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
- วัน เวลา เปิดทำการ.....
- ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน..... หมู่ที่.....  
แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์.....
- แพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....  
วุฒิบัตร..... เลขที่..... ออกวันที่.....  
รายชื่อพยาบาลที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(1 คนต่อ 4 เครื่องไตเทียม)  
คนที่ 1.....  
คนที่ 2.....  
คนที่ 3.....  
จำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด..... เครื่อง

ส่วนที่ 2 กรอกข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ตามสภาพหรือสิ่งที่พบ

รายการสำรวจ	แหล่งข้อมูล	ผลการสำรวจ		หมายเหตุ
		จัดให้มี	ไม่จัดให้มี	
1. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัย	สังเกต พื้น ผนัง เพดาน ประตู หรือโครงสร้างอื่นๆ			
2. มีการระบายอากาศที่ดี	มีระบบระบายอากาศ			
3. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาด เรียบร้อย	สังเกตจากสภาพทั่วไป และการดูแลอุปกรณ์ที่ใช้			
4. ชื่อสถานพยาบาลตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต	ดูจากป้ายชื่อคลินิกและจากใบอนุญาตตรงกัน			
5. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต	ดูจากเลขที่สถานที่ตั้งคลินิกและในใบอนุญาตตรงกัน			
6. แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ในที่เปิดเผย	สังเกตว่าติดใบอนุญาตทั้งสองไว้ในที่เห็นได้หรือไม่			

รายการสำรวจ	แหล่งข้อมูล	ผลการสำรวจ		หมายเหตุ
		จัดใหม่	ไม่จัดใหม่	
7. ติด ส.พ.12 (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิก	ดูว่าติด ส.พ.12 ไว้หรือไม่			
8. แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผย	ดูว่าติดประกาศสิทธิผู้ป่วย ไว้ให้เห็นชัดเจนหรือไม่			
9. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจน	ดูจากรูปถ่ายของแพทย์ที่ติดไว้ว่าตรงกับผู้ที่กำลังปฏิบัติงานหน้าหรือไม่			
10. พบแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขณะสำรวจข้อมูล	หากไม่พบผู้ดำเนินการฯ ให้ระบุชื่อแพทย์อื่นที่พบ			ระบุชื่อแพทย์อื่นที่พบ....
11. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่	สังเกตเครื่องหมาย			
12. มีเครื่องดับเพลิง	สังเกต, สอบถาม			
13. แสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลไว้ในที่เปิดเผย	ดูจากป้าย แฝ้ม หรือ คอมพิวเตอร์ แสดงอัตราค่ารักษา			
14. มีแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาอายุรศาสตร์โรคไตเป็นผู้ดูแลและรักษาผู้ป่วยและดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ เป็นไปตามหลักวิชาการและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	สอบถาม, เอกสาร			
15. มีสถานที่ สิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนี้	สอบถาม, เอกสาร			
15.1 มีขนาดของห้องบริการฟอกเลือดที่สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและอุปกรณ์และพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน(4 ตรม.ต่อ 1 จุดบริการ)				
15.2 มีระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง				
15.3 มีห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐาน				
16. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในจำนวนที่เพียงพอ ดังนี้	สอบถาม, เอกสาร			
16.1 เครื่องไตเทียมที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งหนังสือคู่มือประจำเครื่อง				
16.2 ระบบทำน้ำบริสุทธิ์ที่ได้มาตรฐาน(ควรเป็นระบบ reverse osmosis : RO)				
16.3 ตัวกรองเลือด ในกรณีที่จะนำตัวกรองเลือดมาใช้ซ้ำ (Dialyzer Reprocessing) จะต้องมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด	สอบถาม, สังเกต			
17. มีเครื่องมือและยาในการปฏิบัติการกู้ชีพอย่างเหมาะสม	สอบถาม, เอกสาร, สังเกต			

