**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ประจำปี**

**ลำดับที่…………………**

**ว/ด/ปี ที่สำรวจ........../............/.........**

**ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง**

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต ……………………………………….………..........................................................................

2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ ……………………………………………………………….............................................

3. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่ ………………………..…………………………….………………............................................

4. ชื่อผู้ประกอบกิจการ ......................................................................................................................................

5. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .......................................................................................................................

6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต ……….………………………………………………………..................................

7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 1. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

(ผู้ประกอบโรคศิลปะ) 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. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น 1 ............................................................................................................................................................

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

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

ชั้น 2 ............................................................................................................................................................

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

ชั้น 3 ............................................................................................................................................................

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

ชั้น 4 .........................................................................................................................................................

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

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .............................................ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้ คือ

11. การให้บริการภายใต้คำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 🗆 ในระบบหัวใจ

🗆 ในระบบปอด

🗆 ในระบบหลอดเลือด

12. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ ...............................................................................................................................

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

**ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย** ✓ในช่องว่างเมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย **×** เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้องในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ ให้ใส่เครื่องหมาย  **–**

ในช่องว่าง

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **การตรวจสอบผู้ดำเนินการ**  1. พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล |  |  | หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะ ชื่อ..............  .....................................  .................................... |
| 2. เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่ |  |  |  |
| 3. หากพบผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่ (ยื่นแบบ ส.พ. 6) |  |  |  |
| **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 อย่างน้อย 5 ที่นั่ง และที่นั่งต้องมีพนักพิง |  |  |  |
| 1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร |  |  |  |
| 1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา  1.5.1 กั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิด ต้องมีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน |  |  |  |
| 1.5.2 ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค  1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการพทย์ |  |  |  |
| 1.5.3 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลว  ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว |  |  |  |
| 1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน |  |  |  |
| 1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศ เพื่อให้มีการระบายอากาศเพียงพอ) |  |  |  |
| 1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม  1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง |  |  |  |
| 1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน |  |  |  |
| 1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำ ให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณ  ที่มีงานหัตถการด้วย)  1.9.1 เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อ ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ เช่น Autoclave,หม้อต้มเครื่องมือแพทย์,เครื่องนึ่ง |  |  |  |
| 1.9.2 แช่น้ำยาฆ่าเชื้อ |  |  |  |
| 1.9.3 ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ติดในที่เปิดเผยภายในคลินิก |  |  |  |
| 1.10 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน  1.10.1 ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์ |  |  |  |
| 1.10.2 มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น |  |  |  |
| 1.10.3 ติดตั้งเครื่องดับเพลิงโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องส่วนบนสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร หรือวางกับพื้นอาคารโดยมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งเครื่องดับเพลิง สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้ชัดเจน |  |  |  |
| 1.11 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ ติดที่บริเวณด้านหน้าคลินิก |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้**  2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อ  ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |  |  |  |
| 2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี |  |  |  |
| 2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น |  |  |  |
| 2.4 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร  เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน |  |  |  |
| 2.5 กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก |  |  |  |
| 2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น |  |  |  |
| 2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร |  |  |  |
| 2.6 กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิก หรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง |  |  |  |
| **3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตรา**  **ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย**  3.1 มีป้ายชื่อคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ที่ถูกต้องอย่างน้อย 1 ป้าย โดยมีลักษณะดังนี้  3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร และความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวอักษร  สีน้ำตาล สีพื้นป้ายสีขาว |  |  |  |
| 3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  มีขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิค  สีน้ำตาล |  |  |  |
| 3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม |  |  |  |
| 3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวด  เกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้  3.3.1 คำนำหน้าชื่อ หรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก |  |  |  |
| 3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย |  |  |  |
| 3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิก |  |  |  |
| 3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต |  |  |  |
| 3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก |  |  |  |
| 3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล |  |  |  |
| 3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ติดในที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
| 3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ. 12) ในที่เปิดเผย และเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |  |
| 3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุล ภาพถ่าย และระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ หากมี  ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ให้ยื่น แบบ ส.พ.6 ทุกคน และแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
| 3.8 แสดงอัตราค่าบริการทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ |  |  |  |
| 3.9 มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
| 3.10 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายอ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า  1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
| 3.11 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ  ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ |  |  |  |
| **4.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล**  4.1 เวชระเบียน  4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย |  |  |  |
| * + 1. มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้ |  |  |  |
| 1. ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย |  |  |  |
| 2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
| 3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
| 4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด ดังต่อไปนี้  1) ชื่อ ที่อยู่สถานพยาบาล และหมายเลขโทรศัพท์คลินิก |  |  |  |
| 2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
| 3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
| 4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |  |
| 5) ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตรของผู้ป่วย |  |  |  |
| 6) การวินิจฉัยโรค |  |  |  |
| 7) การให้บริการทางเทคโนโลยีและทรวงอก |  |  |  |
| 8) ลายมือชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะที่ให้บริการ |  |  |  |
| 4.2 ห้องตรวจ/ห้องบริการและเครื่องใช้ทั่วไป ต้องประกอบด้วย  4.2.1 มีขนาดมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 3 เมตร x 3 เมตร |  |  |  |
| 4.2.2 มีประตูเปิด-ปิด อย่างชัดเจน และต้องมีความกว้าง  ไม่ต่ำกว่า 80 ซม. |  |  |  |
| 4.2.3 โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติ และ/หรือให้คำปรึกษาผู้มารับบริการ |  |  |  |
| 4.2.4 เตียงที่ใช้สำหรับการตรวจประเมิน |  |  |  |
| 4.2.5 ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง |  |  |  |
| 4.2.6 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ และ  ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง |  |  |  |
| 4.2.7 เครื่องวัดความดันโลหิต |  |  |  |
| 4.2.8 หูฟัง |  |  |  |
| 4.2.9 เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง |  |  |  |
| 4.2.10 ตู้หรือชั้น สำหรับวางหรือเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เป็นสัดส่วน |  |  |  |
| 4.2.11 ชุดปฐมพยาบาล |  |  |  |
| **5. เครื่องมือตรวจประเมินและติดตามทางเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ในการให้บริการภายใต้คำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพ**  **เวชกรรม**  5.1 หากมีการให้บริการในระบบหัวใจต้องจัดให้มีเครื่องมือ อย่างน้อย 1 รายการ ดังต่อไปนี้ |  |  |  |
| 1. เครื่องบันทึกความดันโลหิตชนิดต่อเนื่อง |  |  |  |
| 1. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ |  |  |  |
| 1. เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่าน   ผนังทรวงอก |  |  |  |
| 1. เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดติดตัว |  |  |  |
| 1. อื่น ๆ ระบุ |  |  |  |
| 5.2 หากมีการให้บริการในระบบปอดต้องจัดให้มีเครื่องมือ  อย่างน้อย 1 รายการ ดังต่อไปนี้ |  |  |  |
| 1. เครื่องวัดการทำงานของปอด |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |  |
| 1. เครื่องวัดความอิ่มตัวของออซิเจนในเลือด |  |  |  |
| 1. อื่น ๆ ระบุ |  |  |  |
| 5.3 หากมีการให้บริการในระบบหลอดเลือด ต้องจัดให้มีเครื่องมืออย่างน้อย 1 รายการ ดังต่อไปนี้ |  |  |  |
| 1. เครื่องวัดสมรรถภาพหลอดเลือดแดงส่วนปลาย |  |  |  |
| 1. เครื่องวัดความหนาตัวของหลอดเลือด |  |  |  |
| 1. อื่น ๆ ระบุ |  |  |  |
| **6. การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์ ดังนี้** |  |  |  |
| 6.1 ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |  |  |  |
| 6.2 มีคู่มือการใช้งาน |  |  |  |
| 6.3 มีการบำรุงรักษาตามวงรอบ |  |  |  |
| 6.4 มีเอกสารบันทึกประวัติการบำรุงรักษาและซ่อมบำรุงอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 6.5 มีการสอบเทียบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |
| **7. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย**  7.1 มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ |  |  |  |
| 7.2 มีแผนการและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียม  ความพร้อมในภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน  ๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล |  |  |  |
| ๒) มีแผนการและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย |  |  |  |

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ………………………………………พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ……………………………..……พนักงานเจ้าหน้าที่

(…………………..…….…………..) (…………………..………..……..)

ลงชื่อ………………………………………พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ…………………………………..พนักงานเจ้าหน้าที่

(……………………………………..) (………………………..…….…..)

***ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วจะปฏิบัติตามคำแนะนำและรายงานผลการตรวจในบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกของพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้บุคคลในสถานพยาบาลหรือทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด***

ลงชื่อ………………………………………………….………….......ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

(…………………………………………..…………….………..)

ลงชื่อ………………………………………………….…………......ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

(…………………………………………………………………..)

ลงชื่อ………………………………………………….…………......ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

(…………………………………………………………………..)

วันที่…………....เดือน……………..…..……..พ.ศ..…………....