**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 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...............................

2. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

3. ....................................................... 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.พื้นที่ให้บริการประกอบด้วย ........................................................................................................................

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

11.การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม …………………………………………………………………………………………………………

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .............................................ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

**ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย** ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้องในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย – **ในช่องว่าง**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **การตรวจสอบผู้ดำเนินการ**  1.พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล |  |  | หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ...................  .....................................  .................................... |
| 2.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่ |  |  |  |
| 3.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **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-ปิดน้ำพร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว |  |  |  |
| 1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ |  |  |  |
| 1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน |  |  |  |
| 1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม) |  |  |  |
| 1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม  1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน |  |  |  |
| 1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก |  |  |  |
| 1.10 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 และเหมาะสมต่อ  ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |  |  |  |
| 2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี |  |  |  |
| 2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น |  |  |  |
| 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 แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวหนังสือสีฟ้า สีพื้นป้ายสีขาว |  |  |  |
| 3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขสีฟ้า |  |  |  |
| 3.1.4 กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย |  |  |  |
| 3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม |  |  |  |
| 3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด  3.3.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก *“คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์”* |  |  |  |
| 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 เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก |  |  |  |
| 3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล |  |  |  |
| 3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผยและเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
| 3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล |  |  |  |
| 3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
| 3.8 แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย(อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) 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 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 ตามที่กฎกระทรวงกำหนด  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 ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตรของผู้ป่วย |  |  |  |
| 6) การวินิจฉัยโรค |  |  |  |
| 7) การรักษา |  |  |  |
| 8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ ที่ให้การรักษาพยาบาล |  |  |  |
| 4.2 ห้องตรวจโรคหรือห้องให้การรักษา ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้  4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้ |  |  |  |
| 4.2.2 เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย |  |  |  |
| ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step) |  |  |  |
| 4.2.4 ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว |  |  |  |
| 4.2.5 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ |  |  |  |
| 4.๓ เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ ที่จำเป็น  4.๓.1 เครื่องวัดความดันโลหิต |  |  |  |
| 4.๓.๒ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ |  |  |  |
| 4.๓.๓ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น |  |  |  |
| 4.๓.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก |  |  |  |
| 4.๓.๕ เครื่องวัดความสูง และสายวัดความยาวของเด็กทารก |  |  |  |
| 4.๓.๖ ชุดทำแผล |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 4.๓.๗ อุปกรณ์เช็ดตัวลดไข้ |  |  |  |
| 4.๓.๘ มีโต๊ะ ตู้ หรือชั้นสำหรับวางอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ |  |  |  |
| 4.๔ ชุดตรวจมารดาตั้งครรภ์ **(หากมีบริการ)** ประกอบด้วย  4.๔.1 เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก ได้แก่ หูฟัง ( Stethoscope) |  |  |  |
| 4.๔.๒ เครื่องวัดเชิงกรานหรือสายวัด |  |  |  |
| 4.๕ เตียงตรวจครรภ์ **(หากมีบริการ)** ต้องมีลักษณะที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ความสูงของเตียงต่ำกว่าเตียงตรวจโรค และมีความกว้างกว่าเตียงทั่วไป |  |  |  |
| 4.๖ ชุดทำคลอด **(หากมีบริการ**) ประกอบด้วย  4.๖.1 ชุดทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย  (1) กะละมังหรือถาด สำหรับรองรับรก |  |  |  |
| (๒) ถ้วย 3 ใบ (สำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น savlon 1:100 สำลีก้อนเล็ก 2 ก้อน ชุบ 3% Boric acid หรือ NSS สำหรับเช็ดตา และสำลีก้อนใหญ่ 1 ก้อน ชุบ 70% แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye สำหรับเช็ดสะดือ) |  |  |  |
| (๓) ลูกสูบยางแดง 1 อัน สำหรับทารกแรกเกิด |  |  |  |
| (๔) เชือก หรือ ยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น |  |  |  |
| (๕) ผ้าก๊อส |  |  |  |
| (๖) สำลี |  |  |  |
| (๗) ผ้า safe perineum ผ้าสี่เหลี่ยมเจาะกลาง 1 ผืน |  |  |  |
| (๘) ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าก๊อสสำหรับเช็ดตัวทารกให้แห้ง |  |  |  |
| 4.๖.๒ ผ้าสี่เหลี่ยมที่สะอาด  (1) ผ้าคลุมหน้าท้อง |  |  |  |
| (๒) ผ้าปูรองก้น |  |  |  |
| (๓) ผ้ารองรับทารก |  |  |  |
| 4.๖.๓ ชุดเครื่องมือทำคลอดปราศจากเชื้อประกอบด้วย  (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 |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| (๖) กรรไกรตัดไหม 1 ด้าม |  |  |  |
| (๗) Needle holder 1 ด้าม พร้อมไหมเย็บแผล |  |  |  |
| 4.๖.๔ น้ำยา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดา น้ำยาเช็ดตาเด็ก และน้ำยาเช็ดสะดือ |  |  |  |
| 4.๗ ชุดตรวจหลังคลอด **(หากมีบริการ)** ประกอบด้วย  (1) สายวัด |  |  |  |
| (๒) กรรไกรตัดไหม |  |  |  |
| 4.๘ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยมีจำนวนรายการและปริมาณที่เพียงพอตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพมีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพหากมียาให้มีดังนี้ (ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกรายการแล้วแต่ความประสงค์)  ๔.๘.๑ ยาสามัญประจำบ้านหรือยาตาราหลวง (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 ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้  4.๑๓.1 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการควบคุมการติดเชื้อ เช่น หม้อต้ม หรือหม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการ ฆ่าเชื้อ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| 4.๑๓.๒ ตู้สำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และแสดงรายละเอียดของเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปี ที่นึ่ง/ เปลี่ยนน้ำยา/ ผลิต /และหมดอายุ |  |  |  |
| 4.๑๓.๓ จัดทำคู่มือหรือแผนภูมิ การทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ |  |  |  |
| 4.๑๔ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์  ๔.๑๔.๑ ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) |  |  |  |
| 4.๑๔.๒ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน |  |  |  |
| (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
| (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย |  |  |  |

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

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

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

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

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

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

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

***ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด***

ลงชื่อ ………………………………………………….…………....... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

(………………………………………………….………..)

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

(………………………………………………….………..)

วัน…………....เดือน…………..…..……..พ.ศ..…………....