

**แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล**  
**(การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ. ....)**

โรงพยาบาล..... จำนวน.....เตียง

ขนาดของสถานพยาบาล     โรงพยาบาลขนาดเล็ก                       โรงพยาบาลขนาดกลาง                       โรงพยาบาลขนาดใหญ่

**ลักษณะสถานพยาบาล**

- โรงพยาบาลทั่วไป                       โรงพยาบาลทันตกรรม                       โรงพยาบาลกายภาพบำบัด
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย                       โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์                       โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย.....                       โรงพยาบาลเฉพาะทาง.....

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป**

๑. ชื่อผู้ประกอบการสถานพยาบาล.....
๒. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
๓. ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

**ส่วนที่ ๒ บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม  | <input type="checkbox"/> สูติรีเวชกรรม   | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม   | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม                                    |
| <input type="checkbox"/> ทันตกรรม   | <input type="checkbox"/> ออร์โธปิดิกส์   | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง   | <input type="checkbox"/> เทคนิคการแพทย์                                  |
| <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด  | <input type="checkbox"/> การแพทย์แผนไทย  | <input type="checkbox"/> การแพทย์แผนไทยประยุกต์                                       | <input type="checkbox"/> การแพทย์แผนจีน                                  |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก (ICU)                                | <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนักทารก (NICU)                                  | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก   | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดทั่วไป จำนวน.....ห้อง                 |
| <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ                             | <input type="checkbox"/> บริการสวนหัวใจ (Cath-Lab)                                 | <input type="checkbox"/> ผ่าตัดเปิดหัวใจ (Open Heart)                                 | <input type="checkbox"/> ห้องส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร                    |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด (Nursery)                         | <input type="checkbox"/> รังสีรักษา  | <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัย  | <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)   |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ (CT Scan)             | <input type="checkbox"/> บริการตรวจการได้ยิน                                       | <input type="checkbox"/> บริการกัญชาทางการแพทย์                                       | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ <input type="checkbox"/> แผนกซักฟอก  |
| <input type="checkbox"/> บริการการแพทย์ทางไกล                               | <input type="checkbox"/> เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (IVF)              |   | <input type="checkbox"/> แผนกโภชนาการ <input type="checkbox"/> แผนก CSSD |
| <input type="checkbox"/> บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ..... เตียง |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> การจัดให้มีรถเคลื่อนที่ออกให้บริการนอกสถานพยาบาล   | <input type="checkbox"/> รถ X-ray เคลื่อนที่                      จำนวน ..... คัน  | <input type="checkbox"/> รถทันตกรรม                      จำนวน ..... คัน              |  |
|   | <input type="checkbox"/> รถปฏิบัติการชั้นสูตร                      จำนวน ..... คัน | <input type="checkbox"/> รถรักษาพยาบาลเคลื่อนที่                      จำนวน ..... คัน |  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....  |  |   |  |

ส่วนที่ ๓ เกณฑ์การตรวจประเมินมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจกรณีที่จัดให้ มี/มีบางส่วน และไม่มี หากกรณีที่พบว่าอาจเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้บันทึก  
ในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<b>๑. ลักษณะของสถานพยาบาล</b>				
๑.๑ อาคารสถานพยาบาลอยู่ในทำเลที่สะดวกปลอดภัยและ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	- จากสภาพจริง			
๑.๒ โครงสร้างของอาคารไม่ติดกับอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างอื่น	- จากการซักถาม/จากสภาพจริง			
๑.๓ อาคารที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามชั้นขึ้นไปจะต้องมีลิฟท์บรรทุกเตียงผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งตัว และเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมของจำนวนเตียงหรือมีทางลาดเอียงเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- จากสภาพจริง			
๑.๔ ทางสัญจรร่วมที่ให้บริการผู้ป่วยโดยเตียงเข็นต้องกว้างไม่น้อยกว่าสองเมตร ถ้ามีพื้นที่ต่างระดับ ต้องมีทางลาดเอียงความชันไม่เกินสิบห้าองศา	- จากสภาพจริง			
๑.๕ มีสถานที่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และผู้พิการแต่ละประเภทรวมอย่างน้อยต้องมีทางลาดเอียง ราวจูง และห้องน้ำสำหรับผู้พิการ	- จากสภาพจริง			
๑.๕ สถานที่เพื่อจัดบริการอื่นซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการจะต้องไม่อยู่ในบริเวณแผนกผู้ป่วยใน และแยกเป็นสัดส่วนโดยไม่ปะปนกับการให้บริการ ในบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก	- จากสภาพจริง			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<p><b>๒. ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล</b></p> <p>๒.๑ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป</p> <p>๒.๒ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม</p> <p>๒.๓ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์</p> <p>๒.๔ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด</p> <p>๒.๕ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง.....</p> <p>๒.๖ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย.....</p> <p>๒.๗ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย</p> <p>๒.๘ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์</p>	<p>ข้อ ๒.๑-๒.๘ ตรวจสอบจากใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ. ๗) หรือสมุดทะเบียนสถานพยาบาลฯ (ส.พ. ๙)</p>			
<p><b>๓. ชื่อสถานพยาบาล</b> ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องจัดให้มีชื่อสถานพยาบาลตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑ คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาลต้องประกอบด้วยลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลที่ขออนุญาต โดยไม่ต้องระบุนรายละเอียดอื่น</p>	<p>- ข้อ ๓.๑ - ๓.๓ ดูจากสภาพจริงป้ายชื่อสถานพยาบาล/ตรวจสอบจากใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ. ๗) หรือสมุดทะเบียนสถานพยาบาลฯ (ส.พ. ๙)</p>			
<p>๓.๒ ชื่อสถานพยาบาลไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวนหรือโอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล</p>				
<p>๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต</p>				
<p>๓.๔ ชื่อสถานพยาบาลไม่ซ้ำกับชื่อสถานพยาบาลอื่น เว้นแต่กรณีที่เป็นบุคคล หรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อ</p>	<p>- ดูจากฐานข้อมูลรายชื่อสถานพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p>			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<p>๔. ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตในที่เปิดเผย ณ สถานพยาบาลนั้น ดังต่อไปนี้</p> <p>๔.๑ มีแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลเป็นตัวอักษรไทย กรณีใช้ภาษาต่างประเทศขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรไทย โดยระบุลักษณะของสถานพยาบาลไว้ในแผ่นป้ายดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ กรณีที่เป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางหรือเฉพาะประเภท ผู้ป่วยให้ระบุลักษณะเฉพาะดังกล่าวไว้ด้วย</p>	- จากการตรวจสอบว่ามีขนาดถูกต้องหรือไม่			
<p>๔.๒ มีแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดไม่น้อยกว่า ๔๐ x ๑๒๐ ซม. ตัวอักษรแสดงชื่อมี ความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. ตัวอักษรแสดงลักษณะการให้บริการฯ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและจำนวนเตียงที่จัดให้บริการผู้ป่วยมีความสูง ไม่น้อยกว่า ๕ ซม.</p>	- จากการตรวจสอบว่ามีขนาดถูกต้องหรือไม่			
<p>๔.๓ มีแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลไว้ในบริเวณสถานพยาบาลหรือตัวอาคารโดยสามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก</p>	- จากการสังเกต			
<p>๔.๔ มีเอกสารเวชระเบียน ชอง หรือฉลากบรรจุยาหรือเวชภัณฑ์ ที่ปรากฏชื่อสถานพยาบาลและสถานที่ติดต่อ</p>	- จากการสังเกต/สอบถาม			
<p>๔.๕ มีแผ่นป้ายแสดงชื่อโดยมีพื้นแผ่นป้ายสีขาวและตัวอักษรสี ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลทั่วไปให้ใช้ตัวอักษรสีเขียว</li> <li>- โรงพยาบาลทันตกรรมให้ใช้ตัวอักษรสีม่วง</li> <li>- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ใช้ตัวอักษรสีฟ้า</li> <li>- โรงพยาบาลกายภาพบำบัดให้ใช้ตัวอักษรสีชมพู</li> <li>- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยให้ใช้ตัวอักษรสีน้ำเงิน</li> <li>- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้ใช้ตัวอักษรสีทอง</li> <li>- โรงพยาบาลเฉพาะทางให้ใช้ตัวอักษรสีเขียว</li> <li>- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยให้ใช้ตัวอักษรสีเหลือง</li> </ul>	- ตรวจสอบจากป้ายชื่อว่าสีตัวอักษรให้เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<p><b>๕. มีการแสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้ ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาล</b></p> <p>๕.๑ มีระบบแสดงชื่อและชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพและสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้อ่านได้ชัดเจนในบริเวณที่ผู้ป่วยมาติดต่อใช้บริการ</p>	- ชักถาม/จากการตรวจดูว่ามีป้ายแสดงรายชื่อ-ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพที่ระบุเลขที่ใบอนุญาตฯ			
๕.๒ มีการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราค่าบริการพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าบริการอื่นที่ ตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย โดย จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบและจัดทำแผ่น ป้ายให้อ่านได้ชัดเจน ตัวอักษรไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม.	- ชักถาม/ตรวจสอบดูว่าได้แสดงไว้ที่ใด			
๕.๓ มีการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตโดยจัดทำแผ่นป้ายให้อ่านได้ชัดเจนด้วยตัวอักษรไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ ซม. และติดไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	- ชักถาม/ตรวจสอบดูว่าได้แสดงไว้ที่ใด			
<p><b>๖. การประกอบกิจการสถานพยาบาล</b></p> <p>๖.๑ มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการได้รับอนุญาต ครบถ้วนและตรวจสอบได้</p>	- มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. ๙) ที่มีการบันทึกครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน			
๖.๒ มีการชำระค่าธรรมเนียมโดยแสดงเอกสารการชำระค่าธรรมเนียมไว้ที่เปิดเผย (สพ.๑๒)	- ชักถาม/ตรวจดูว่าติดไว้ที่บริเวณใด			
๖.๓ มีการยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลก่อนสิ้นอายุ	- ตรวจสอบจากใบอนุญาตฯ (ส.พ. ๗)/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ. ๙)			
๖.๔ มีการแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย	- ชักถาม/ตรวจสอบดูว่าแสดงไว้ที่ใด			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<p>๖.๕ มีการประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๖ เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดการศพในสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๘ เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ถ้ามี) .....</p>	- ตรวจสอบจากสภาพจริงตามกฎกระทรวงฯ			
๖.๖ มีมาตรการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะของสถานพยาบาล	- ดูจากนโยบาย /จากการซักถามแพทย์พยาบาล			
๖.๗ ไม่มีการแก้ไข เปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการฯ หรือดัดแปลงอาคารเกินกว่าที่ได้รับอนุญาต	- จากการซักถาม/จากการตรวจดูพื้นที่จริง			
๖.๘ มีการขออนุญาตการโฆษณาหรือประกาศต่างๆ เป็นไปตามกฎหมาย	- พิจารณาจากข้อความ โฆษณา แผ่นพับหรือประกาศต่างๆ			
<b>๗. การดำเนินการสถานพยาบาล</b>				
๗.๑ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมีเวลาปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการ ไม่น้อยกว่าสี่สัปดาห์ต่อสัปดาห์	- จากการซักถาม/จาก สพ.๑๘			
๗.๒ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมีเวลาปฏิบัติงานในสถานพยาบาลไม่ซ้ำซ้อนกับวัน เวลาที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น	- จากการซักถาม/จากแบบ ส.พ. ๖			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
๗.๓ มีการทบทวนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกำหนดทุก ๒ ปี	- จากใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล, จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล			
๗.๔ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพตามสาขา ชั้น หรือ แผนที่ได้แจ้งไว้	- จากแบบ ส.พ. ๖, จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล			
๗.๕ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตรงตามสาขา ตามกฎหมายวิชานั้น	- จากการสอบถาม/จากการจัดตาราง เวร , จากเอกสารกำหนดบทบาทเจ้าหน้าที่ (Job Description)			
๗.๖ ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนเตียงที่กำหนด	- จากการซักถาม/ดูจากหอผู้ป่วย			
๗.๗ สถานพยาบาลสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย เหมาะสมและ ปลอดภัย	- สังเกตจากสภาพจริงทั้งภายนอก ภายในสถานพยาบาล			
<b>๘. จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล</b>				
๘.๑ มีผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนขั้นต่ำตามที่กำหนดในกฎกระทรวง กำหนดวิชาชีพ และจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม	- จากหลักฐานแบบแบบ ส.พ.๖ (เช่น ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่สถานพยาบาล เก็บไว้)/จากสมุดทะเบียน สถานพยาบาล			
๘.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการตรงตามสาขาตามบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม	- จากแบบ ส.พ.๖/จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล			
<b>๙. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะตามประเภทและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล</b>	- จากหลักฐาน ส.พ. ๑๘/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะ			
<b>๑๐. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล</b>				
๑๐.๑ มีตู้ ชั้น หรืออุปกรณ์ที่เก็บเวชระเบียนมั่นคงเป็นระเบียบเรียบร้อย เก็บรักษาไว้ได้อย่างน้อย ๕ ปี	- จากการสังเกต และตรวจสอบ			
๑๐.๒ มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ทั่วไปที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล	- สอบถาม/จากการตรวจดูเครื่องมือ เครื่องใช้			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
๑๐.๓ มีเครื่องมือ เครื่องใช้ทั่วไปอำนวยความสะดวกแก่การให้บริการเหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ	- จากการสอบถาม			
๑๐.๔ ระบบรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> กรณีมีรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องจัดให้มี ๑) ได้รับอนุญาตให้ใช้งานจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๒) มีไฟสัญญาณฉุกเฉินสีน้ำเงิน-น้ำเงิน ติดตั้งบนหลังคารถ ๓) มีแปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ๔) มีเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ ๕) มีชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ประจำรถ ๖) มีชุดห้ามเลือด เย็บแผล และทำแผล <input type="checkbox"/> กรณีไม่มีรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำสัญญาร่วมกับ โรงพยาบาล.....	- จากใบอนุญาตให้ใช้งานจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ/จากการตรวจดูเครื่องมือเครื่องใช้			
๑๐.๕ ระบบควบคุมการติดเชื้อ <input type="checkbox"/> กรณีมีระบบควบคุมการติดเชื้อ ต้องจัดให้มี ๑) มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำความสะอาด ๒) มีอ่างและบริเวณที่เพียงพอสำหรับล้างและเตรียมเครื่องมือ ๓) มีหม้อต้ม หม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ ๔) มีตู้ที่มีขีดขีดสำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้วและมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ๕) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า ๖) อุปกรณ์สำหรับตรวจสอบประสิทธิภาพการปราศจากเชื้อ ๗) รถเข็นรับส่งสิ่งของสะอาด และสิ่งของให้แล้ว <input type="checkbox"/> กรณีไม่มีระบบควบคุมการติดเชื้อทำสัญญาร่วมกับ .....	- จากเอกสารหรือแนวทางปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อหรือมีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ/หน่วยจ่ายกลาง			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ		ข้อเสนอแนะ
		ใช่	ไม่ใช่	
<p>๑๐.๖ กรณีที่มียานพาหนะสำหรับให้บริการนอกสถานพยาบาล ต้องเป็นไปตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถเอกซเรย์</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถปฏิบัติการชันสูตร</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถทันตกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถรักษาพยาบาลเคลื่อนที่</p>				
<p>๑๑. มีการรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนต่อผู้อนุญาตทุกปี ตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ส.พ. ๒๔)</p>				
<p>๑๒. การรายงานและจัดส่งรายงานที่เกี่ยวกับสถานพยาบาล เข้าสู่ระบบของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>๑๒.๑ มีการรายงาน/อัปเดตข้อมูลสถานพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ปีละ ๑ ครั้ง (ที่เว็บไซต์ <a href="https://annualmrd.hss.moph.go.th/">https://annualmrd.hss.moph.go.th/</a> )</p>				
<p>๑๒.๒ มีการประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ปีละ ๑ ครั้ง (ที่เว็บไซต์ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ)</p>				
<p>๑๓ มีการรายงานและจัดส่งรายงาน “การรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อตามที่กรมควบคุมโรคประกาศ โดยให้รายงานผ่านระบบ Application Program Interface (API) หากไม่สามารถสร้าง API ให้รายงานโรคผ่านเว็บไซต์ <a href="https://doeportal.moph.go.th/">https://doeportal.moph.go.th/</a>” ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค</p>				



สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....ปี.....