

แบบตรวจประเมินบริการด้านกายภาพบำบัด
(การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ.....)

โรงพยาบาล..... จำนวน.....เตียง

ขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดใหญ่

ลักษณะสถานพยาบาล

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง..... | |

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. หัวหน้าแผนกชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด..... หมดอายุวันที่.....

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง.....ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท สาขา..... อื่นๆ ระบุ.....

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลแห่งนี้.....ปี

๒. บุคลากร

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานประจำ (Full time) จำนวน คน

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) จำนวน..... คน

พนักงานผู้ช่วย จำนวน.....คน อื่นๆ ระบุ.....จำนวน..... คน

หมายเหตุ

- นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานประจำ (Full time) หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม.โดยทำสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษรหรือมีข้อตกลงจากผู้อนุญาตประกอบกิจการ

- นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงาน น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม.

๓. ปริมาณงาน

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก OPD (เฉลี่ย) คน/วัน

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยใน IPD (เฉลี่ย) คน/วัน

จำนวนผู้รับบริการ Home Health Care (เฉลี่ย) คน/วัน

ประเภทของผู้ใช้บริการ

- NEUROLOGICAL CONDITION (เฉลี่ย) คน/วัน
- MUSCULOSKELETAL CONDITION (เฉลี่ย) คน/วัน
- CARDIO-PULMONARY CONDITION (เฉลี่ย) คน/วัน
- PEDIATRIC (เฉลี่ย) คน/วัน
- ส่งเสริมสุขภาพ (เฉลี่ย) คน/วัน
- อื่นๆ (เช่น Burn, CA, Metabolic Syndrome เป็นต้น) (เฉลี่ย) คน/วัน

ส่วนที่ ๒ เกณฑ์การตรวจประเมินมาตรฐานด้านการบริการกายภาพบำบัด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจกรณีที่จัดให้มี/มีบางส่วน และไม่มี หากกรณีที่พบว่าอาจเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้บันทึก
ในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๑. การจัดสถานที่ในแผนกกายภาพบำบัด					
๑.๑ มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ	- จากการสังเกต				
๑.๒ พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งเป็นสัดส่วนอย่างเหมาะสม	- จากการสังเกต				
๑.๓ มีความสะดวกต่อการเข้ารับบริการและมีป้ายบอกทางเข้าแผนกชัดเจน	- จากการสังเกต				
๑.๔ มีสถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อคนพิการ	- จากการสังเกต				
๑.๕ มีป้ายบอกเส้นทางออกฉุกเฉิน	- จากการสังเกต				
๒. ด้านสิ่งแวดล้อม					
๒.๑ มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ	- จากการสังเกต				
๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ เหมาะสมกับกิจกรรมที่ให้บริการ	- จากการสังเกต/สอบถาม				
๒.๓ มีอุณหภูมิที่เหมาะสม	- จากการสังเกต				
๒.๔ มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย	- จากการสังเกต				
๒.๕ มีระบบควบคุมการติดเชื้อ	- จากการสอบถาม				
๒.๖ สถานที่ไม่มีเสียงดังรบกวนต่อการทำงาน	- จากการสังเกต				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๓. เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก					
๓.๑ มีหลักเกณฑ์และระบบการคัดเลือก ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ	- จากการสอบถาม, จากเอกสารเครื่องมือ				
๓.๒ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดเป็นไปตามกฎหมายกำหนดและได้มาตรฐาน	- จากการตรวจสอบ, จากบัญชีเครื่องมือ				
๓.๓ มีระบบตรวจสอบการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา	- จากการสอบถาม, จากเอกสาร/บันทึกการสอบเทียบ				
๓.๔ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิตและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา หรือมีระบบในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	- จากการสังเกต/สอบถาม, จากเอกสาร - จากการสังเกต/สอบถาม, จากการ				
๓.๕ มีสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่	- สอบถาม				
๔. ด้านบุคลากร					
๔.๑ ผู้ให้บริการกายภาพบำบัดต้องเป็นนักกายภาพบำบัดที่ยังคงสภาพใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภากายภาพบำบัด	- จากใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ, จากตารางการจัดเวร				
๔.๒ นักกายภาพบำบัดให้บริการตามสัดส่วนที่เหมาะสมกับปริมาณงานและประเภทของผู้รับบริการ	- จากการสอบถาม, จากทะเบียนผู้ป่วย				
๔.๓ มีนักกายภาพบำบัดกำกับดูแลบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗	- จากการสอบถาม, จากเอกสารมอบหมายงาน				
๔.๔ มีการปฐมนิเทศผู้ที่รับเข้าทำงานใหม่พร้อมทั้งมีระยะเวลาให้ทดลองปฏิบัติงาน	- เอกสารแนวทางการปฐมนิเทศ				
๔.๕ มีการพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและมีการสนับสนุนส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมสัมมนา ฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร	- จากการสอบถามจากพัฒนาบุคลากร				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๕. ด้านกระบวนการให้บริการ					
๕.๑ แสดงชื่อและชื่อสกุลของนักกายภาพบำบัด พร้อมระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่อ่านได้ชัดเจนในบริเวณที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอใช้บริการ	- จากการสังเกต				
๕.๒ มีการกำหนดวิธีการรับผู้ป่วยในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (โดยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้)	- จากเอกสาร				
๕.๓ มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษา แก่ผู้รับบริการ และญาติทุกราย	- จากการสอบถามผู้ป่วย				
๕.๔ มีการประเมินและการวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ	- จากเวชระเบียน				
๕.๕ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา	- จากเวชระเบียน				
๕.๖ มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ	- จากการสอบถาม				
๕.๗ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ได้มีการประสานงานแก้ไขปัญหาระหว่างทีมสุขภาพ	- จากการสอบถาม				
๕.๘ มีทะเบียนประจำแผนกที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค/กายภาพบำบัดและการรักษา	- จากทะเบียนประจำแผนก				
๖. การพัฒนาคุณภาพบริการ					
๖.๑ ติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ	- จากการสอบถาม, จากเอกสาร				
๖.๒ มีการวางแผนพัฒนางานด้านกายภาพบำบัดให้มีคุณภาพ	- จากเอกสาร				
๖.๓ มีการดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ มีการประเมินผลการแก้ปัญหาและพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- จากเอกสาร				

ส่วนที่ ๓ สรุปผลการตรวจประเมิน

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....