

ที่ สธ ๐๗๐๖.๐๓/๒๐๖๓



กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ครบ ๑๐ ปี)
และการขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการและผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำแนะนำการชำระค่าธรรมเนียม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. คำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	จำนวน ๑ ฉบับ
	๖. แบบประเมินมาตรฐานฯ โดยตนเอง	จำนวน ๑ ฉบับ
	๗. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๘. แผ่นป้าย OR Code	จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๒๐ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องชำระค่าธรรมเนียมทุกปีประกอบกับมาตรา ๑๔ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต มาตรา ๒๘ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ กรณีใบอนุญาตให้ใช้ได้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ (ครบ ๑๐ ปี) และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล กรณีที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการจะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ และขอความร่วมมือในการประเมินรับรองมาตรฐานคลินิกตามสภาพความเป็นจริง ตามแบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) **ตั้งแต่วันที่ จนถึง ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖** ในวันเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น ๑ ถนนสาทรสุข ๘ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ**ไม่รับชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ ทางไปรษณีย์** และหากท่านไม่ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ต้องชำระเงินเพิ่มตามที่กฎหมายกำหนด หากไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและ/หรือไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการประกอบกิจการและ/หรือดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับและศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสິงของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗, ๑๘๖๒๓

๒๕

(นางนลินา ดันตินิรามย์)

ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

คำแนะนำ

การชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๖๗

๑. การชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่ต้องทำข้อ ๒) ให้ยื่นเอกสาร ดังนี้

๑.๑ คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ค่าธรรมเนียมฯประจำปี จำนวน ๕๐๐ บาท)

๑.๒ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)

๑.๓ แบบรายงานประจำปี (ส.พ.๒๓) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๑.๔ แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๖๗

๒. การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ (กรณีครบอายุ๑๐ปี)

(ค่าธรรมเนียมการต่ออายุ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท และยกเว้นค่าธรรมเนียมข้อ๑) ให้ยื่นเอกสารดังนี้

๒.๒.๑ คำขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ส.พ.๑๑) ๒.๒.๒ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ส.พ.๗)ฉบับจริง

๒.๒.๓ สำเนาบัตรประจำตัว

๒.๒.๔ ใบรับรองแพทย์

๒.๒.๕ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต

๒.๒.๖ สำเนาทะเบียนบ้าน(คลินิก)

๒.๒.๗ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีเขียว)

๒.๒.๘ แบบรายงานประจำปี (ส.พ.๒๓) ที่ได้กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๒.๒.๙ แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๖๖

๓. การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล กรณีใบอนุญาตหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ให้ยื่นเอกสารดังนี้

๓.๑ คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๒๐) (ค่าธรรมเนียมฯ จำนวน ๒๕๐ บาท)

๓.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๙) ฉบับจริง เท่านั้น

๓.๓ ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ผู้ดำเนินการต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนขอต่ออายุฯ)

หมายเหตุ หากทำไม่ต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการก่อนหมดอายุท่านจะต้องขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลใหม่ตามแบบ ส.พ.๑๘ ส.พ. ๖
กรณีใบอนุญาตดำเนินการต่อครบ ๔ ช่องจะต้องเปลี่ยนใบใหม่ต้องใช้รูปถ่าย๑นิ้ว ๓ รูป

การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ดังนี้

๑. ยื่นคำขอด้วยตนเอง โดยจัดเตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนตามรายการที่ต้องการชำระแล้วมายื่นขอชำระได้ที่

ที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น ๑ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นทำการแทน ผู้มอบจะต้องกรอกคำขอและลงนามให้เรียบร้อย

พร้อมแนบหลักฐานเพิ่ม ดังนี้

๒.๑ หนังสือมอบอำนาจ ต้องติดอากรแสตมป์ ๑๐บาท(กรณีทำการแทนครั้งเดียว)

๒.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ และให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับครบถ้วน

กรณีเป็นนิติบุคคลจะต้องประทับตราให้เรียบร้อย

โดยจัดเตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนตามรายการที่ต้องการชำระแล้วมายื่นขอชำระได้ที่

ที่ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น ๑ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ตึกกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

และไม่รับชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๗ ทางไปรษณีย์

สามารถชำระค่าธรรมเนียมประจำปี๒๕๖๗ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี 2567

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

(บุคคลธรรมดา) ชื่อเลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

1. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

2. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์..... ปัจจุบันมี ผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

2.ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี 2567

จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม 2566 ต้องชำระเงินเพิ่มเติมละ 25 บาท)

3.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
(กรณีไม่มีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)

3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.23)

3.3 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2566

3.4 อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อ จนท. ผู้มอบแบบ สพ.12 /ลงรายการใบสำคัญรับเงิน.....

.....

ข้าพเจ้าได้รับ ส.พ.12 เลขที่.....

สมุดทะเบียน คืบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....)(ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

วัน/เวลาทำการ.....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

 เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนา

บัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑. ชื่อ.....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สัญชาติ อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

 ๑.๒. นิตินุคคล.....
โดย (๑).....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(๒).....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....เลขทะเบียน.....

๑.๓.มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต(ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว ใบรับรองแพทย์

 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการการสถานพยาบาล

 หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติ

 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนา

บัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

**แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2566**

คำชี้แจง

- ด้วยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเองโดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้
- ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานคลินิกโดยคลินิก ขอให้ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง
- กรุณาส่งแบบประเมินกลับไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่ตั้งคลินิก ส่วน คลินิกในเขตกรุงเทพฯ ส่งไปที่ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. วัน เวลา เปิดทำการ.....
.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน..... หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขตจังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
4. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
5. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
6. จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ.....คน โปรดระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ
ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....
ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....
(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือข้อเสนอแนะ)
1.1 ป้ายมีความกว้าง × ยาว ไม่น้อยกว่า 40 ซม.× 120 ซม. ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย		

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1.2 สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว คลินิกทันตกรรม / คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู คลินิกการแพทย์แผนไทย สีน้ำเงิน คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สีทอง คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สีน้ำตาล สหคลินิก สีเขียวเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
1.3 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็น ได้ชัดเจนจากภายนอก		
2. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
3. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
4. ชำระค่าธรรมเนียมปีนี้แล้ว และ ติด ส.พ.12 (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
5. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี(กรณีใหม่ไม่ถึง 2 ปีใส่ช่อง <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
6. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนตรงตาม ใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
7. แสดงหรือติดป้าย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
8. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
9. แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล เช่น ค่ายา.....ค่าทำแผล.....ค่าอุดฟัน.....ค่าตรวจเลือด..... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือ แผ่นหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
10. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลได้ที่.....(แพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่ หรือได้ที่นี้) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง 10 เซนติเมตร สีไม่บ่งคับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
11. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้เป็นเล่มสีเขียว)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
12. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
13. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
14. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
15. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาด เรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
16. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน 1.50 เมตรสามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ขอรับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
19. ยามหมออายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
21. มีวัสดุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัสดุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องคั้นปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
24. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค)วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตค. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กย. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งประจำปี.....

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรระบุวิธีทำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.1 แขน้ำยา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.2 อบนึ่งใน Autoclave(เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....		
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้อง มี		
- ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
30. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ		
31. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
31.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความปฏิบัติตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทร.๐๒ ๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗, ๑๘๑๐๑

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑	ลักษณะสถานพยาบาล.....	(คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....	
๒.๒	จำนวนผู้ป่วย.....	คน.....	ครั้ง
๒.๒.๑	จำนวนผู้ป่วยชาวไทย.....	คน.....	ครั้ง
๒.๒.๒	จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓	จำนวนการให้บริการ		
๒.๓.๑	เวชกรรม.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๒	เวชกรรมเฉพาะทาง.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๓	ล้างไต.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๔	การผ่าตัดเล็ก.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๕	ทันตกรรม		
๑)	ส่งเสริม,ป้องกัน.....	คน.....	ครั้ง
๒)	รักษา.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๖	ทันตกรรมเฉพาะทาง		
๑)	ส่งเสริม,ป้องกัน.....	คน.....	ครั้ง
๒)	รักษา.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๗	กายภาพบำบัด.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๘	เทคนิคการแพทย์.....	คน.....	ครั้ง
๒.๓.๙	การพยาบาลและการผดุงครรภ์		
๑)	การตรวจก่อนคลอด.....	คน.....	ครั้ง
๒)	การทำคลอดปกติ.....	คน.....	ครั้ง
๓)	การดูแลหลังคลอด.....	คน.....	ครั้ง
๔)	การพยาบาลอื่น (ระบุ).....	คน.....	ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

- ๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๓) สาขาการผดุงครรภ์/สาขาการพยาบาลมารดาและทารก
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๔) สาขาการพยาบาลเด็ก
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
- ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒	การแพทย์แผนไทยประยุกต์		
๑)	รักษา.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	ส่งเสริม.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๓	การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด		
๑)	การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น		
	: การตรวจประเมิน.....	คน.....	ครั้ง.....
	: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ		
	: การตรวจประเมิน.....	คน.....	ครั้ง.....
	: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๔	การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย		
๑)	การให้บริการการแก้ไขการพูด.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๕	การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก		
๑)	การให้บริการระบบหัวใจ.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	การให้บริการระบบปอด.....	คน.....	ครั้ง.....
๓)	การให้บริการระบบหลอดเลือด.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๖	การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค		
๑)	เอกซเรย์.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๗	การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก		
๑)	การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๘	การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์		
๑)	ตรวจประเมิน.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....	คน.....	ครั้ง.....
๓)	ผลิตกายอุปกรณ์.....	คน.....	ครั้ง.....
๒.๓.๑๙	การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน		
๑)	ฝังเข็ม.....	คน.....	ครั้ง.....
๒)	นวดทฤษฎา.....	คน.....	ครั้ง.....
๓)	สั่งยา.....	คน.....	ครั้ง.....
๔)	อื่นๆ (โปรดระบุ).....	คน.....	ครั้ง.....

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑	เครื่องเอกซเรย์.....	เครื่อง
๓.๒	เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....	เครื่อง
๓.๓	เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....	เครื่อง

- ๓.๔ เครื่องล้างไต..... เครื่อง
- ๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว..... เครื่อง
- ๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์..... เครื่อง
- ๓.๗ เครื่องเลเซอร์..... เครื่อง
- ๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

- มี ไม่มี ๓.๘.๑ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ
- มี ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การ

รักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามลักษณะของสถานพยาบาล

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขน้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้)

ระยะเวลาในการแขนน้ำยา

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

- Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ
- Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ
- อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ
- อื่นๆ(ระบุ)

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

- Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด
- อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

- มี ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

มี ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ
ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

มี ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....

.....

มี ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....

.....

.....

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน.