

แบบการตรวจประเมินด้านเครื่องมือและการจัดการ
(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

หน่วยบริการที่มีในสถานพยาบาล

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER) | <input type="checkbox"/> แผนกผ่าตัด (OR) | <input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU) | <input type="checkbox"/> แผนกสูติกรรม (LR) |
| <input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) | <input type="checkbox"/> แผนกผู้ป่วยใน (WARD) | <input type="checkbox"/> งานสนับสนุน (SUPPLY) | <input type="checkbox"/> ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (AMBULANCE) |
| <input type="checkbox"/> ไตเทียม | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | | |

ส่วนที่ ๒ เกณฑ์การตรวจประเมินมาตรฐานด้านเครื่องมือและการจัดการ

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องผลการตรวจกรณีที่จัดให้มีบางส่วน/ไม่มีเลย และช่องไม่มีหากกรณีที่พบว่าอาจเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๑. ด้านนโยบายการบริหารจัดการเครื่องมือ ๑.๑ มอบหมายและแต่งตั้งบุคคลหรือคณะบุคลากรรับผิดชอบบริหารจัดการด้านเครื่องมือในภาพรวมของสถานพยาบาล ๑.๒ กำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องมีอยู่ในหน่วยงาน (ครอบคลุมเครื่องมือในการช่วยชีวิตและเครื่องมือตามขีดความสามารถหรือตามความเชี่ยวชาญของ	- มีเอกสารแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการด้านเครื่องมือ เป็นลายลักษณ์อักษร - มีเอกสารและหลักฐาน				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
<p>โรงพยาบาล)</p> <p>๑.๓ กำหนดแนวทางการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้วางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน วางแผนการทดสอบสมรรถนะอย่างเหมาะสมตามระยะเวลาที่กำหนดในคู่มือหรือจากความจำเป็นของระยะเวลาการใช้งาน</p> <p>๑.๔ กำหนดแนวทางการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้วางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน วางแผนการทดสอบสมรรถนะอย่างเหมาะสมตามระยะเวลาที่กำหนดในคู่มือหรือจากความจำเป็นของระยะเวลาการใช้งาน</p>	<p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p>				
<p>๒. ด้านการจัดการเครื่องมือ</p> <p>๒.๑ การบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย</p> <p>(๑) ชนิดและจำนวน</p> <p>(๒) การซ่อมบำรุง</p> <p>(๓) การบำรุงรักษา</p> <p>(๔) การทดสอบความเที่ยงตรงหรือสอบเทียบ</p> <p>๒.๒ การจัดทำแผนการดำเนินการเกี่ยวกับเครื่องมือ ประกอบด้วย</p> <p>(๑) แผนการบำรุงรักษา</p> <p>(๒) แผนการทดสอบความเที่ยงตรง หรือการสอบเทียบ</p> <p>๒.๓ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ด้านเครื่องมือทั่วไป และเครื่องมือพิเศษ</p>	<p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p>				
<p>๓. การจัดการเครื่องมือในแผนกต่างๆ ประกอบด้วย</p> <p>๓.๑ ผู้รับผิดชอบเครื่องมือ</p> <p>๓.๒ คู่มือประจำเครื่อง</p>	<p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p>				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
<p>(๑) ขั้นตอนการใช้งาน</p> <p>(๒) การบำรุงรักษา</p> <p>๓.๓ ตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา</p> <p>๓.๔ แผนการบำรุงรักษา</p> <p>๓.๕ ผู้ใช้ได้รับการฝึกอบรมจากผู้จำหน่าย หรือหน่วยงานภายนอก</p> <p>๓.๖ การทดสอบความเที่ยงตรง/หรือการสอบเทียบ</p> <p>๓.๗ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ตามหน่วยงานต่างๆ</p> <p>๓.๗.๑ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)</p> <p>(๑) ชุดตรวจโรคทั่วไปและชุดตรวจโรคเฉพาะทาง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดอุณหภูมิ</p> <p>(๒) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน และอุปกรณ์ช่วยหายใจ</p> <p>(๓) เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงของร่างกาย</p> <p>๓.๗.๒ ห้องฉุกเฉิน (ER)</p> <p>(๑) เครื่องกระตุ้นหัวใจ</p> <p>(๒) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและ อุปกรณ์ช่วยหายใจ</p> <p>(๓) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>(๔) ระบบไฟฟ้าหรือแสงสว่างสำรอง</p> <p>๓.๗.๓ แผนกผู้ป่วยใน (Ward)</p> <p>(๑) อุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย ได้แก่ เตียงที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน และอุปกรณ์ช่วยหายใจ และระบบเรียกพยาบาล</p>	<p>- สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารประกอบ</p> <p>- มีเอกสารการสอบเทียบ, สุ่มตรวจสอบ</p> <p>- สังเกตและตรวจสอบ</p> <p>- สังเกตและตรวจสอบ</p> <p>- สังเกตและตรวจสอบ</p>				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๓.๗.๗ ห้องหลังคลอด (๑) เตียงทารกหลังคลอด และตู้อบทารกคลอดก่อนกำหนด (๒) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน และอุปกรณ์ช่วยหายใจ ๓.๗.๘ ห้องไตเทียม (๑) เครื่องล้างไต (๒) เครื่องผลิตน้ำสำหรับล้างไต (๓) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน อุปกรณ์ช่วยหายใจ (๔) เครื่องกระตุกหัวใจประจำสถานพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ได้โดยสะดวก ๓.๗.๙ แผนกจ่ายกลาง (๑) เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (๒) เครื่องอบฆ่าเชื้อด้วยแก๊ส ๓.๗.๑๐ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (๑) ไฟสัญญาณฉุกเฉินสีน้ำเงินติดตั้งบนหลังคารถ (๒) เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (๓) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน และอุปกรณ์ช่วยหายใจ	- สังเกตและตรวจสอบ - สังเกตและตรวจสอบ - สังเกตและตรวจสอบ - มีเอกสารประกอบ				
๔. การจัดการ ระบบก๊าซทางการแพทย์ ๔.๑ ผู้รับผิดชอบเครื่องมือ ๔.๒ คู่มือประจำเครื่อง (๑) ขั้นตอนการใช้งาน (๒) การบำรุงรักษา	- มีเอกสารประกอบ				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
๔.๓ ตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา	- มีเอกสารประกอบ				
๔.๔ แผนการบำรุงรักษา	- มีเอกสารประกอบ				
๔.๕ ผู้ใช้ได้รับการฝึกอบรมจากผู้จำหน่ายหรือหน่วยงานภายนอก	- มีเอกสารประกอบ				
๔.๖ การทดสอบความเที่ยงตรง/หรือการสอบเทียบ	- มีเอกสารประกอบการสอบเทียบ				
๔.๗ ระบบก๊าซทางการแพทย์ในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล	- สุ่มตรวจสอบ				
(๑) ก๊าซบรรจุท่อ					
(๒) ระบบออกซิเจนเหลว					
(๓) ระบบจ่ายกลางออกซิเจนจากท่อบรรจุ					
(๔) ระบบจ่ายกลางไนตรัสออกไซด์จากท่อบรรจุ					
(๕) ระบบจ่ายอากาศทางการแพทย์					
(๖) ระบบจ่ายอากาศอัดแรงดันสูง					
(๗) ระบบสุญญากาศทางการแพทย์					

ส่วนที่ ๓ สรุปผลการตรวจประเมิน

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....