

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม เฉพาะทาง ประจำปี.....

ส่วนที่ ๑ บันทึกข้อมูลในช่องว่าง

๑. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต
 ๒. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่
 ๓. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่
 ๔. ชื่อผู้ประกอบการ
 ๕. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
 ๖. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต
 ๗. ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพพร้อมที่พบ ๑. เลขที่ใบอนุญาต.....
๒. เลขที่ใบอนุญาต.....
๓. เลขที่ใบอนุญาต.....
๔. เลขที่ใบอนุญาต.....
 ๘. ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
 ๙. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก
 - อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ
 - อาคารอยู่อาศัย
 - ห้องแถว
 - บ้านแถว
 - บ้านแฝด
 - ศูนย์การค้า
 - อาคารพาณิชย์.....ชั้น.....
ตั้งอยู่ชั้นที่.....
 - คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย
 - คอนโดมิเนียมสำนักงาน
 - อื่น ๆ
 ๑๐. พื้นที่ให้บริการ มีดังนี้
 ๑๑. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม
- พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ
๑๒. หน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) มีจำนวน ตัว
 ๑๓. เครื่องเอกซเรย์ฟัน มีจำนวน เครื่อง
 ๑๔. เครื่อง Autoclave มีจำนวน เครื่อง
 ๑๕. จำนวนทันตแพทย์
 - ๑๕.๑ ทันตแพทย์ทั้งหมด มีจำนวน คน
 - ๑๕.๒ ทันตแพทย์ประจำ มีจำนวน คน
 - ๑๕.๓ ทันตแพทย์อยู่ปฏิบัติงาน ณ เวลาที่ตรวจ มีจำนวน คน
 ๑๖. จำนวนผู้ช่วยช่างยูนิตทำฟัน มีจำนวน คน

๑๗. กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม

๑๗.๑ การให้บริการในคลินิก ได้แก่

.....

๑๗.๑ เครื่องมือเฉพาะทาง ได้แก่.....

.....

๑๗.๒ ยาเฉพาะทาง ได้แก่.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย - ในช่องว่าง

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
การตรวจสอบผู้ดำเนินการ ๑.พบผู้ดำเนินการสถานพยาบาล			หากไม่พบผู้ดำเนินการ ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ ชื่อ.....
๒.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่			
๓.หากเจอผู้ประกอบการวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพร้อมหรือไม่			
การตรวจสอบสถานที่ ๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย			
๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้			
๑.๓.๑ มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร			
๑.๓.๒ มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า ๕- ๑๐ ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง			
๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ๑.๕.๑ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากันเป็นสัดส่วนและมีมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน			
๑.๕.๒ ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วยหน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) ที่ได้มาตรฐานทางทันตกรรม			
๑.๕.๓ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลว ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว			
๑.๕.๔ ไม่มีวงจรมัดในในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ			
๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม)			
๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม ๑.๘.๑ ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป-ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบ ให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง			
๑.๘.๒ มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน			
๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) ๑.๙.๑ เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อ เช่น Autoclave			
๑.๙.๒ แขนน้ำยาฆ่าเชื้อ			
๑.๙.๓ ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อ และวิธีกำจัดของมีคม ตัดในที่เปิดเผยภายในคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

<p>๑.๑๐ การให้บริการเอกซเรย์ ต้องมีความปลอดภัยทางรังสี ดังนี้</p> <p>๑.๑๐.๑ ห้องเอกซเรย์ ประตูและผนังของห้องให้บริการต้องป้องกันอันตรายจากรังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีตามมาตรฐานของสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ</p>			
<p>๑.๑๐.๒ ป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสี</p>			
<p>๑.๑๐.๓ ป้ายคำเตือนผู้ป่วยมีครรภ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่</p>			
<p>๑.๑๐.๔ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีสำหรับผู้ป่วย</p> <p>๑) เสื้อตะกั่ว</p> <p>๒) ฉากกั้นรังสี</p>			
<p>๑.๑๐.๖ มีหนังสือรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และใบอนุญาตครอบครองรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ</p>			
<p>๑.๑๑ มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน</p> <p>๑.๑๑.๑ ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์</p>			
<p>๑.๑๑.๒ มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้นที่ขออนุญาตคลินิก</p>			
<p>๑.๑๑.๓ ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง</p>			
<p>๑.๑๒ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่</p>			
<p>๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้</p>			
<p>๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p>			
<p>๒.๒ มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี</p>			
<p>๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น</p>			
<p>๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภาวิชาชีพอื่น ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน</p>			
<p>๒.๕ ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก</p>			
<p>รายการตรวจ</p>	<p>ผลการตรวจ</p>		<p>หมายเหตุ</p>
	<p>ถูกต้อง</p>	<p>ไม่ถูกต้อง</p>	

๒.๕.๑ สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น			
๒.๕.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดเจนและถาวร			
๒.๖ ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย ๑ ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่			
๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย ๓.๑ มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลืองพื้นผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร			
๓.๑.๒ จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ตัวหนังสือสีม่วง พื้นป้ายสีขาว			
๓.๑.๓ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ตัวเลขสีม่วง			
๓.๑.๔ กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม			
๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก			
๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ			
๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต			
๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก			
๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
๓.๕ มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๖ มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.๑๒) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
๓.๗ หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ ปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.๖ ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน			
๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ			
๓.๙ มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			
๓.๑๐ แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๑๑ ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๔.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
๔.๑ เวชระเบียน			
๔.๑.๑ มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคงปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย			
๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้			
๑) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย			
๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด			
๑) ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล พร้อมเบอร์โทรศัพท์			
๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น			
๕) อาการเจ็บป่วย การแพทย์ ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย			
๖) การวินิจฉัยโรค			
๗) การรักษา			
๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ให้การรักษายาบาล			
๔.๒ อุปกรณ์ในห้องทำฟันทุกห้องต้องประกอบด้วย			
๔.๒.๑ ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้			
๔.๒.๒ เก้าอี้ทันแพทย์และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์			
๔.๒.๓ ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดคัดลอกกรรมช่องปาก ชุดรักษาคลองรากฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องดูดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ โดยต้องมีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ			
๔.๒.๔ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมืออยู่ในห้องทำฟัน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๕. ยา และเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาล			
๕.๑ มียาและเวชภัณฑ์อื่นที่จำเป็น โดยมีจำนวน รายการและปริมาณเพียงพอ ตามลักษณะสถานพยาบาล			
๕.๒ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ (ให้ใช้ภาชนะบรรจุยาเดิมที่ได้มาจากแหล่งผลิตยานั้น)			
๕.๓ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด			
๕.๔ ภาชนะบรรจุยาหรือฉลากติดซองยาให้ระบุชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล ชื่อ-สกุลผู้ป่วยพร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุวันที่ยาหมดอายุอย่างชัดเจน			
๕.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน			
๕.๖ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้น ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ มีปรอทวัดอุณหภูมิ			
๕.๗ ยาต้องมีทะเบียน วันแต่เป็นการผลิตตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สั่งให้สำหรับคนไข้เฉพาะรายของสถานพยาบาล กรณีการผลิตยาของสถานพยาบาลต้องมีมาตรฐานการผลิต การแสดงฉลากและวันหมดอายุให้ชัดเจน			
๕.๘ ในกรณีคลินิกที่ให้บริการอุดฟันด้วยอมัลกัม ควรจัดให้มี Amalgam Separator เพื่อกรองเศษอมัลกัมและแยกทิ้งในถังขยะมีพิษ หรือมีวิธีกำจัดอื่นที่เหมาะสม			
๖. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย			
๖.๑ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษายาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะสถานพยาบาล ในคลินิกทันตกรรม ยางจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ต้องมีครบทุกรายการ ได้แก่			
(๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐			
(๒) ยา ฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone			
(๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection			
(๔) ๕๐% Glucose injection			
(๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ			
(๖) ถังบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจตามลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล ๑ ชุด			
(๗) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid) ๒ ชุด			

