

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์ 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
- ตึกแถว
- ศูนย์การค้า
- คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย
- อื่น ๆ
- อาคารอยู่อาศัย
- บ้านแถว
- อาคารพาณิชย์.....ชั้น
ตั้งอยู่ชั้นที่.....
- คอนโดมิเนียมสำนักงาน

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

- ชั้น ๑
-
-
- ชั้น ๒
-
-
- ชั้น ๓
-
-
- ชั้น ๔
-
-
- ชั้น ๕
-
-

๑๐. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม การตรวจทางเคมีคลินิก
 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก
 การตรวจทางโลหิตวิทยา
 การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก
 การตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
 อื่น ๆ.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

๑๑. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่

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

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
การตรวจสอบผู้ดำเนินการ ๑.พบผู้ดำเนินการสถานพยาบาล			หากไม่พบผู้ดำเนินการ ให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ.....
๒.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่			
๓.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมหรือไม่			
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 มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า ๕- ๑๐ ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๑.๔ การสัญญาณและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร			
๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ๑.๕.๑ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากันเป็นสัดส่วนและมีมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน			
๑.๕.๒ ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ๑ เตียง			
๑.๕.๓ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว			
๑.๕.๔ ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ			
๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม)			
๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม ๑.๘.๑ ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป-ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด 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 แขน้ำยาฆ่าเชื้อ			
๑.๙.๒ ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ตัดในที่เปิดเผยภายในคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๑.๑๐ มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่น บัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			
๑.๑๐.๑ ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์			
๑.๑๐.๒ มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น			
๑.๑๐.๓ ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่าง ชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง			
๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้			
๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ			
๒.๒ มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่ สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี			
๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น			
๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับ สถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมือง พัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วน ตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภาวิชาชีพอื่น ซึ่ง ให้บริการในลักษณะเดียวกัน			
๒.๕ ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบ กิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่ กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก			
๒.๕.๑ สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับ การประกอบกิจการอื่น			
๒.๕.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๒.๖ ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย ๑ ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สุ่ม			
<p>๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย</p> <p>๓.๑ มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง</p> <p>๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร</p>			
๓.๑.๒ จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ตัวหนังสือสีเลือดหมู สีพื้นป้ายสีขาว			
๓.๑.๓ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ตัวเลขสีเลือดหมู			
๓.๑.๔ กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม			
<p>๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด</p> <p>๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก</p>			
๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะ ซักชวน 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 และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.๖ ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน			
๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ			
๓.๙ มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๓.๑๐ แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๑๑ ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่มีโอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			
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 มีการจัดเตรียมใบส่งตรวจ หรือใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ที่ระบุ			
๑) ชื่อสถานพยาบาล			
๒) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เป็นต้น			
๓) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย			
๔) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
๕) ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นผู้วิเคราะห์			
๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ประกอบด้วย			
๔.๒.๑ โต๊ะสำหรับให้บริการ			
๔.๒.๒ ตู้ หรือชั้นเก็บอุปกรณ์สำหรับเก็บสิ่งส่งตรวจ หรืออุปกรณ์สำหรับการตรวจวิเคราะห์			
๔.๒.๓ มีอ่างล้างมือ พร้อมอุปกรณ์การทำความสะอาด			
๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้			
๔.๓.๑ กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายถึงพันเท่า			
๔.๓.๒ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์			
๔.๓.๓ เครื่องมือวิเคราะห์ความเข้มข้นของสารที่มีใช้เครื่องใช้ในบ้านหรือข้างเตียงผู้ป่วย			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๔.๓.๔ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ควบคุมอุณหภูมิในการตรวจวิเคราะห์			
๔.๓.๕ ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งตัวอย่าง หรือใช้เก็บน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์ โดยตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหารหรือเครื่องดื่มปะปน			
๔.๓.๖ เครื่องมืออื่นๆตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่จัดให้มี			
๖.๓ มีแผนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล			
(๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ช่มชู้ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)

ลงชื่อ ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล
(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....