

## บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรมสาขาไตเทียม ประจำปี

### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....  
 .....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล  
 และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล  
 ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 สถานพยาบาลชื่อ.....  
 ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....  
 .....  
 จำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด.....เครื่อง  
 พยาบาลที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....คน พยาบาลวิชาชีพ.....คน  
 พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจ  
 ดังนี้คือ

#### ๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้  
 อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี  
 เวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่อง  
 ระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการ  
 สถานพยาบาล

#### ๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก  
 จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

#### ๓. ลักษณะที่ตั้ง

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ  | <input type="checkbox"/> อาคารอยู่อาศัย                             | <input type="checkbox"/> ห้องแถว |
| <input type="checkbox"/> ตึกแถว                   | <input type="checkbox"/> บ้านแถว                                    | <input type="checkbox"/> บ้านแฝด |
| <input type="checkbox"/> ศูนย์การค้า              | <input type="checkbox"/> อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่..... |                                  |
| <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมสำนักงาน                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....             |   |                                  |

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑

.....  
.....  
.....

ชั้น ๒

.....  
.....  
.....

ชั้น ๓

.....  
.....  
.....

ชั้น ๔

.....  
.....  
.....

ชั้น ๕

.....  
.....  
.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

.....  
.....  
.....

**หมายเหตุ** วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากแพทยสภา คือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรตใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและ  
เครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น  
ๆ เครื่องหมาย – ในช่องว่าง

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<b>การตรวจสอบสถานที่</b>			
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			
๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก 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 เติงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ๑ เติง			
๑.๕.๓ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ พร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว			
๑.๕.๔ ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ			
๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม)			
<b>รายการตรวจ</b>	<b>ผลการตรวจ</b>		<b>หมายเหตุ</b>

	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม</p> <p>๑.๘.๑ ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป-ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง</p>			
๑.๘.๒ มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน			
<p>๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย)</p> <p>๑.๙.๑ เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่ต้องใช้ทำ เช่น Autoclave หม้อต้มเครื่องมือแพทย์ เครื่องนึ่ง</p>			
๑.๙.๒ แขนน้ำยาฆ่าเชื้อ			
๑.๙.๓ ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ตัดในที่เปิดเผยภายในคลินิก			
<p>๑.๑๐ มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน</p> <p>๑.๑๐.๑ ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์</p>			
๑.๑๐.๒ มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น			
๑.๑๐.๓ ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕ เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถึงดับเพลิง			
๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
<p><b>๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้</b></p> <p>๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p>			
๒.๒ มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี			
๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น			
รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

<p>๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน</p>			
<p>๒.๕ ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก</p>			
<p>๒.๕.๑ สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น</p>			
<p>๒.๕.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดเจนและถาวร</p>			
<p>๒.๖ ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย ๑ ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่</p>			
<p><b>๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย</b></p>			
<p>๓.๑ มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง</p> <p>๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลืองพื้นผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร</p>			
<p>๓.๑.๒ จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ตัวหนังสือ สีเขียว สีพื้นป้ายสีขาว</p>			
<p>๓.๑.๓ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ตัวเลขสีเขียว</p>			
<p>๓.๑.๔ กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย</p>			
<p>๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม</p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
------------	-----------	----------

	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด</p> <p>๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก</p>			
<p>๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย</p>			
<p>๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ</p>			
<p>๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต</p>			
<p>๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขออนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก</p>			
<p>๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล</p>			
<p>๓.๕ มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ</p>			
<p>๓.๖ มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.๑๒) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล</p>			
<p>๓.๗ หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.๖ ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน</p>			
<p>๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ</p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

๓.๙ มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			
๓.๑๐ แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
๓.๑๑ ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			
<b>๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล</b>			
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			
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) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล			
๔.๑.๔ ต้องจัดให้มีการลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกราย			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	

๔.๑.๕ สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกรายโดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอม และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไปทุก ๖ เดือน ยกเว้น กรณีฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมได้			
๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรคทุกห้องต้องประกอบด้วย ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้			
๔.๒.๒ โต๊ะตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พร้อมอุปกรณ์			
๑) มีขนาดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้ตามหลักวิชาชีพ			
๒) ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง			
๓) มีปลอกหมอน ผ้าปูเตียง และผ้าคลุมตัวผู้ป่วย			
๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)			
๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)			
๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกาย หรือ อุปกรณ์วัดอุณหภูมิ			
๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม่กดลิ้น			
๔.๓.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง			
<b>๕. ยา และเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาล</b>			
๕.๑ มียาและเวชภัณฑ์อื่นที่จำเป็น โดยมีจำนวน รายการและปริมาณเพียงพอ ตามลักษณะสถานพยาบาล <b>ไตเทียม</b>			
๕.๒ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ			
๕.๓ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด			
๕.๔ ภาชนะบรรจุยาหรือฉลากติดซองยาให้ระบุชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุวันที่ยาหมดอายุอย่างชัดเจน			
๕.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน			
๕.๖ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้น ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ มีปรอทวัดอุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิในตู้เย็น			
๕.๗ กรณีมียาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๕.๘ ยาต้องมีทะเบียน วันแต่เป็นการผลิตตามใบสั่งยาของ			



ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สั่งให้สำหรับคนไข้เฉพาะรายของ สถานพยาบาล การแสดงฉลากและวันหมดอายุให้ชัดเจน			
<b>๖. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย</b>			
๖.๑ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การ รักษาพยาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ในคลินิก ยาจะต้องมี เพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้อง และไม่มียาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ <b>ต้องมีครบทุกรายการ ได้แก่</b>			
(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) Sodium Bicarbonate injection			
(๗) Calcium Chloride / Gluconate injection			
(๘) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ (set IV fluid) ๒ ชุด			
(๙) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ ๒ ชุด			
(๑๐) Disposable Syringe ๕ หลอด			
(๑๑) เข็ม Disposable ๕ อัน			
(๑๒) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้ ๑ อัน			
(๑๓) Oral Airway ๑ อัน			
(๑๔) Laryngoscope			
(๑๕) Endotracheal tube ขนาดต่างๆ			
(๑๖) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วย การหายใจตามลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล ๑ ชุด			
<b>๖.๒ เครื่องมือในการปฏิบัติการกู้ชีพ</b>			
(๑) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง			
(๒) อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย			
(๓) เครื่องดูดเสมหะ			
(๔) รถเข็นสำหรับกู้ชีพฉุกเฉิน			
(๕) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator)			ควรมี
	<b>ผลการตรวจ</b>		<b>หมายเหตุ</b>
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
๖.๓ มีแผนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมใน			

<p>สถานการณ์ฉุกเฉิน</p> <p>(๑) มีระบบในการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งจะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่ได้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร</p>			
<p><b>๗.ห้องฟอกไตเทียม</b></p> <p>๗.๑ มีขนาดของห้องบริการฟอกเลือดที่สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและอุปกรณ์และพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน โดยมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่าสี่ตารางเมตรต่อหนึ่งจุดบริการ โดยส่วนที่แคบที่สุดไม่น้อยกว่า ๑.๘ เมตร เพื่อให้มีพื้นที่สามารถช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยสะดวก</p>			
<p>๗.๒ พื้นที่เตรียมน้ำบริสุทธิ์ พื้นที่ล้างตัวกรอง</p>			
<p>๗.๓ มีระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง</p>			
<p>๗.๔ เครื่องไตเทียมที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งหนังสือคู่มือประจำเครื่อง เกณฑ์การทำความสะอาดและการทะนุบำรุงเครื่อง โดยถ้าเป็นฉบับภาษาอังกฤษ ต้องมีฉบับภาษาไทยด้วย</p>			
<p>๗.๕ ระบบทำน้ำบริสุทธิ์ที่ได้มาตรฐาน เช่น Reverse Osmosis, Deionizer พร้อมทั้งเกณฑ์การทำความสะอาดระบบน้ำและควบคุมคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา</p>			
<p>๗.๖ ตัวกรองเลือด ในกรณีที่จะนำตัวกรองเลือดมาใช้ซ้ำ (Dialyzer Reprocessing) จะต้องมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด</p>			
<p>๗.๗ หากมีบริการ จัดให้มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐานและสามารถทำการตรวจวิเคราะห์ผลการชั้นสูงได้เท่าที่จำเป็นอย่างน้อย</p>			
<p><b>๘.มีระบบการควบคุมการติดเชื้อ</b></p>			
<p>๘.๑ ห้องให้บริการฟอกเลือด ต้องเป็นเขตกึ่งปลอดเชื้อ</p>			
<p>๘.๒ การใช้และปฏิบัติงานในเขตห้องบริการฟอกเลือดถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ</p>			
<p>๘.๓ มาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวก</p>			

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

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

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

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

ลงชื่อ ..... พยาน  
 (.....)

**ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ช่มชู้ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด**

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล  
 (.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....