

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม

- ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต
- มีการให้บริการด้านความงาม

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).....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา /อบรม เพิ่มเติม ต้องมี หนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา /อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

๒.๑ มีสำเนา เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์ /ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนา โฉนดที่ดิน 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.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ใน ใช้เครื่องหมาย เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
 - ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้
 - ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง
 - ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

- ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาดังกล่าวต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่หรือเจลล้างมือผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ
 - ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ หรือการประกอบโรคศิลปะ
- ๑.๖ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก
 - ๑.๖.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดเล็ก ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบสุดไม่น้อยกว่า ๓ เมตร
 - ๑.๖.๒ ความสูงของห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า ๒.๖ เมตร ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร แต่ในกรณีที่ความสูงไม่ถึง ๒.๖ เมตร มีการตกแต่งทำฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากระดับพื้นห้องถึงฝ้าต้องไม่ต่ำกว่า ๒.๔๕ เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม
- ๑.๗ ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่
 - ๑.๗.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๒๐ ตารางเมตร และความสูงไม่ต่ำกว่า ๓ เมตร โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล
 - ๑.๗.๒ พื้นที่ใช้สอย (แผนกผ่าตัด) ประกอบด้วย

ส่วนใช้สอย(แผนกผ่าตัด)	พื้นที่ (ตร.ม.) ตร.ม./ห้อง ตร.ม./เตียง	ส่วนที่แคบ ที่สุด (เมตร)	ความสูงพื้น ถึงฝ้า (เมตร)	หมายเหตุ
Staff Area				
<input type="checkbox"/> ๑. ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว	๖	๒.๕	๒.๕	๑ และ ๒ อาจใช้พื้นที่
<input type="checkbox"/> ๒. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า	๖	๒	๒.๕	ร่วมกันได้
บริเวณรับคนไข้				
<input type="checkbox"/> ๓. Transfer Area	๙	๒.๕	๓	
Procedure Area				
<input type="checkbox"/> ๔. บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ)				ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด
<input type="checkbox"/> ๕. Operation Rooms	๒๐	๔	๓	
ส่วนประกอบอื่นๆ				
<input type="checkbox"/> ๖. Recovery Rooms				๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด

(หมายเหตุ) เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น)

- ๑.๘ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกต้องสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องกรณีสถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

- ๑.๙ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่น นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรติดตั้งพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- ๑.๑๐ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้อง มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยก ต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
 - ๑.๑๐.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
 - ๑.๑๐.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ ถังขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”
 - ๑.๑๐.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม
- ๑.๑๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก(ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ สพ.๒๓)
- ๑.๑๒ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น
- ๑.๑๓ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล
- ๑.๑๔ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมานูเพื่อสันติ ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์ จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)
- ๑.๑๔.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น
- ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี
- ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น
- ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหาร ส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน
- ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้ง ังสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

- ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเวชกรรม ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ
- ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร
 - ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกเวชกรรม” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก
 - ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว
 - ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเขียว
 - ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม
 - ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดฉ้อโกง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดสาระสำคัญดังต่อไปนี้
 - ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเวชกรรม”
 - ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย
 - ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม
 - ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต
 - ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก
 - ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 - ๓.๕ การแสดงเอกสาร ใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ทิศในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)
 - ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน
 - (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

- (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)
- (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล
- (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้
 - (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)
 - (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพรูปถ่ายที่ถ่าย **ไม่เกิน ๑ ปี** ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร
 - (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ
 - (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต
 - (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบขอ (หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน
- ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านเวชกรรมในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย(อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้อง ครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้
 - ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และ ต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้
 - ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต
 - ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ **แสดงให้** ผู้ป่วยทราบ
- ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า๖๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่า สามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด
- ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

- ๔.๑ เวชระเบียน
 - ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย
 - ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตาม กฎกระทรวง
- (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย
- (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย
- (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
- ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

- (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
- (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย
- (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
- (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ

ของผู้ป่วย

(๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางปฏิบัติการ
ชั้นสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกرایแก่)

- (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกرایแก่)
- (๗) การรักษา (กรณีคลินิกرایแก่)
- (๘) ลายมือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกرایแก่)

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

- ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้
- ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)
- ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)
- ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว
- ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่หรือเจลล้างมือผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี

- ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)
- ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)
- ๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ
- ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น
- ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย
- ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน
- ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพอย่างน้อย ๕ กลุ่มยาจาก ๑๓ กลุ่มยา ดังต่อไปนี้

- ๔.๖.๑. **กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ** ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยา Penicillin
 - (๒) กลุ่มยา Sulfa
 - (๓) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide
 - (๔) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๒ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร
 - (๒) กลุ่มยาโรคท้องเสีย
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๖.๓. **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

- (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
- (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๔ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคหวัดที่มีอาการไอ
 - (๒) กลุ่มยาโรคหอบหืด
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๕ **กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคชัก
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๖ **กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๗ **กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง
 - (๒) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๘ **กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคเบาหวาน
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๙ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาโรคปวดหลัง
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๑๐ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๑๑ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยา Antihistamine
 - (๒) กลุ่มยา Steroid
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๑๒ **กลุ่มยาอื่นๆ** ได้แก่
 - (๑) กลุ่มยาคิดป้องกันบาดทะยัก
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๖.๑๓ **กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ** ได้แก่
 - (๑) อุปกรณ์ทำแผล

- (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ
- ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)
- ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยา ต้องมี ชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
- ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์มิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น
- ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเวชกรรม
 - ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ
 - (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐
 - (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone
 - (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection
 - (๔) ๕๐% Glucose injection
 - (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - (๖) อื่นๆ ระบุ.....
 - ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
<input type="checkbox"/> (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อนำเกลือ	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
<input type="checkbox"/> (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
<input type="checkbox"/> (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๗) Oral Airway	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
<input type="checkbox"/> (๙) อื่นๆ	
<input type="checkbox"/> (๑๐) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	๑ เครื่อง

- ๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
 - (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน
 - (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

- ๔.๑๒ **ในกรณีที่มีห้องบำบัดรักษา** (ห้อง Treatment) ต้องจัดให้มี
- ๔.๑๒.๑ เพียงสำหรับการรักษา
 - ๔.๑๒.๒ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง
 - ๔.๑๒.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม
 - ๔.๑๒.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป
- ๔.๑๓ **ในกรณีที่มีห้องตรวจภายใน** (ห้อง PV) ต้องจัดให้มี
- ๔.๑๓.๑ ลักษณะห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด
 - ๔.๑๓.๒ เพียงสำหรับตรวจภายใน
 - ๔.๑๓.๓ ไฟส่องตรวจ
 - ๔.๑๓.๔ อุปกรณ์การตรวจภายในมีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม
 - ๔.๑๓.๕ ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย
- ๔.๑๔ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัด เล็ก** ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยาระับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ
- ๔.๑๔.๑ ระบุวิธีการให้ยาระับความรู้สึก และยาที่ใช้
 - ๔.๑๔.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....
- ๔.๑๔.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ แพทย์ยาและเวชภัณฑ์
- (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)
 - (๒) ตู้เก็บอุปกรณ์ /เครื่องมือที่ ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของ อุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ
 - (๓) ถังออกซิเจน
 - (๔) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)
 - (๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป
 - (๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน**ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด
 - (๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง หรือติดเตียง หรือติดผนัง)
 - (๘) จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้
 - (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

(ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

(ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพ

ในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

๔.๑๕ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่** (ชนิดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัดใหญ่มี ๓ ประเภท คือ

๑) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งใช้ปริมาณยาชาเฉพาะที่เป็นจำนวนมาก หรือการทำผ่าตัดหลายอวัยวะพร้อมๆ กันในการผ่าตัดครั้งเดียว ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาชาเฉพาะที่ในปริมาณสูง ๒) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยารับประทานที่ทำให้หลับ หรือยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้หลับ หรือมีการดมยาสลบร่วมด้วย ๓) การผ่าตัดที่มีการดมยาสลบให้ผู้ป่วยหลับ

๔.๑๕.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้

.....

.....

๔.๑๕.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๔.๑๕.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์

(๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด

(๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมี

สัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน

(๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line)

(๔) เครื่องดูดเสมหะ

(๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง

(๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค

(๗) เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator)

(๘) ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

(๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) และการวัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร(Oxygen Saturation)

(๑๐) ชุดใส่ท่อหายใจ (ชุด Laryngoscope)

(๑๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

(๑๒) ตู้เก็บอุปกรณ์ /เครื่องมือที่ ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของ อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นิ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ)

- (๑๓) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าน
- (๑๔) ระบบไฟฟ้าสำรองหรือระบบทำแสงสว่างสำรอง

- ๔.๑๕.๔ ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง)

หมายเหตุ เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น และภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี

- (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น
- (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง

- ๔.๑๕.๕ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

(๑) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและ สำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

- (๒) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

(๓) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

- ๔.๑๕.๖ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด

- (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการตมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

(๒) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยกฉิตยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

(ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบจากการแจ้งยื่นรายชื่อวิสัญญีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม (แบบ สพ.๖) โดยระบุวัน เวลาที่ปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....