

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ _____
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล _____
ตั้งอยู่เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย/ตรอก _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ _____
๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต _____ เลขที่ใบอนุญาต _____
๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ _____ เลขที่ใบอนุญาต _____

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล _____ (คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา) _____

๒.๒ จำนวนผู้ป่วย _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ _____ คน _____ ครั้ง

๒.๓ จำนวนการให้บริการ _____

 ๒.๓.๑ เวชกรรม _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๓ ล้างไต _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๕ ทันตกรรม
 ๑) ส่งเสริม, ป้องกัน _____ คน _____ ครั้ง
 ๒) รักษา _____ คน _____ ครั้ง

 ๒.๓.๖ ทันตกรรมเฉพาะทาง
 ๑) ส่งเสริม, ป้องกัน _____ คน _____ ครั้ง
 ๒) รักษา _____ คน _____ ครั้ง

 ๒.๓.๗ กายภาพบำบัด _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์ _____ คน _____ ครั้ง
 ๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
 ๑) การตรวจก่อนคลอด _____ คน _____ ครั้ง
 ๒) การทำคลอดปกติ _____ คน _____ ครั้ง
 ๓) การดูแลหลังคลอด _____ คน _____ ครั้ง
 ๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ) _____ คน _____ ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

- ๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๓) สาขาการผดุงครรภ์/สาขาการพยาบาลมารดาและทารก
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๔) สาขาการพยาบาลเด็ก
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
- ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

- ๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น
: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง
: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง
๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ
: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง
: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

- ๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง
๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

- ๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง
๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง
๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

- ๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

- ๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

- ๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง
๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง
๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

- ๑) ฝังเข็ม.....คน.....ครั้ง
๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง
๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง
๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

- ๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง
๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง
๓.๓ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๑ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การ

รักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามลักษณะของสถานพยาบาล

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขน้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้)

ระยะเวลาในการแขนน้ำยา

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

☐ Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ

☐ Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ

☐ อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ

☐ อื่นๆ(ระบุ)

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

☐ Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำ ความสะอาด

☐ อื่นๆ(ระบุ)

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการ
ทำความสะอาดเครื่องมือ ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

☐ มี

☐ ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ
ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีการจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....

.....

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....

.....

(ลายมือชื่อ).....
(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....
(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
วัน/เดือน/ปีที่รายงาน