

แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2564

**คำชี้แจง**

- ด้วยกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเองโดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้
- ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานคลินิกโดยคลินิก ขอให้ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง
- กรุณาส่งแบบประเมินกลับไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่ตั้งคลินิก ส่วน คลินิกในเขตกรุงเทพฯ ส่งไปที่ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต .....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. วัน เวลา เปิดทำการ .....
- .....
- ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน..... หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต .....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
4. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
5. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
6. จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ.....คน โปรดระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ  
ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....  
ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....  
(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง □**

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ 1.1 ป้ายมีความกว้าง × ยาว ไม่น้อยกว่า 40 ซม.× 120 ซม. ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือข้อเสนอแนะ)







รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้รับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
19. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
21. มีวัดอุณหภูมิหรือไม่ - กรณีที่มีวัดอุณหภูมิ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจเปิดและปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
24. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค)วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตค. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กย. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งประจำปี.....



รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ 27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และ ทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงาน หัตถการ 27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรโตคอลวิธีทำ 27.2.1 แช่น้ำยา 27.2.2 อบนิ่งใน Autoclave(เครื่องอบนิ่งภายใต้ความดัน) 27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี  <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี  <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ 28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี - ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด - มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ - มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม - มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี  <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ 29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
30. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุง สีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการ รักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจ ชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็น มูลฝอยติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
31. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ 31.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี  
๑๑๐๐๐  
โทร.๐๒ ๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗ , ๑๘๑๐๑