แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2564

		W		
0	-	4		
ค	70	KI	16	1.9
П	1	ΝŞ	29	1 /

- ด้วยกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมิน มาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเองโดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้
- ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานคลินิกโดยคลินิก <u>ขอให้ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็น</u> ผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง
- กรุณาส่งแบบประเมินกลับ<u>ไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่ตั้งคลินิก</u> ส่วน <u>คลินิกในเขตกรุงเทพฯ ส่งไปที่</u> กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

ส่ว	<u>นที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไป				
1.	ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต	••			
	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่				
3.	วัน เวลา เปิดทำการ				
	ตั้งอยู่เลขที่หอย/ตรอกถนนหมู่ที่ทำบล/แขวง				
	อำเภอ/เขตถึงหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์				
4.	ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ				
5.	ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ				
5.	จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะคน โปรคระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปร	v v			
	เลขที่ใบอนุญาต				
	ชื่อเลขที่ใบอนุญาต				
	(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)				

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง 🗆

รายการ		แมินตนเอง	หมายเหตุ
 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุใน ใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ ป้ายมีความกว้าง × ยาว ไม่น้อยกว่า 40 ซม.× 120 ซม. ตัวอักษรเป็น ภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซ ม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ สถานพยาบาล สูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษร ต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย 	_ มี	□ ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือ ข้อเสนอแนะ)
	1		

รายการ		การประ	ะเมินตนเอง	หมายเหตุ
1.2 สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตาม	เล้กษณะคลินิก ดังนี้	□ រឹ	่ ไม่มี	
คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	สีเขียว			
คลินิกทันตกรรม / คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	สีม่วง			
คลินิกการพยาบาลและการผคุงครรภ์	สีฟ้า			
คลินิกกายภาพบำบัด	สีชมพู			
คลินิกเทคนิคการแพทย์	สีแคงเลือดหมู			
คลินิกการแพทย์แผนไทย	สีน้ำเงิน			
คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์	สีทอง			
สหคลินิก	สีเขียวเข้ม			
1.3 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็น	ใค้ชัดเจนจากภายนอก	🗆 ជី	่ ไม่มี	
2. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญ	าต	🗆 រឹរ	่ ไม่มี	
3. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและส		🗆	่ ไม่มี	
4. ชำระค่าธรรมเนียมปีนี้แล้ว และ ติค ส.พ.12 (แบบแ		□ រឹ	่ ไม่มี	
4. ชาระคาธรรมเนยมบนแล้ว และ ผพ ส.พ.12 (แบบแ ประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัด			ุ เมม	
 ร. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก2 ปี(ก 	The second secon	□ រើ	่ ไม่มี	
6. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผ	ย มองเห็นได้ชัดเจน	□ ជ	่ ไม่มี	
<u>ตรง</u> ตาม ใบอนุญาต				
7. แสดงหรือติดป้าย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ค้านหน้า มองเห็นได้ชัดเจน	าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถ	□ រឹ	่ นี่นี่มี	
8. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลัก	ษณ์)	□ រើ	🗆 ไม่มี	
9. แสดงอัตราค่ารักษาพยาบาล เช่นค่ายาค่าทำแผล		□ រើ	่ ไม่มี	
ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแฟ้มหรือคอมท์				
10. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลได้ที่.	(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่	□ រឹរ	่ ไม่มี	
หรือได้ที่นี่) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อคว	ามสูง 10 เซนติเมตร			
สีไม่บังคับ 11. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวั	2000 4 2000 4 2000	Па	□ N.Id	
11. มสมุดทะเบยนสถานพยาบาล (สาหรบบนทกบระว ให้เป็นเล่มสีเขียว)	เตกสนก ทผูอนุญาตเบนผูออก	□	่ ไม่มี	
12. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยใม่อยู่ในสภาพชำ	ารุคหรือ	□ រឹ	่ ไม่มี	
เสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน	ประตูหรือโครงสร้างอื่นๆ)			
13. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยาหรือกิจ	การอื่น	🗆 ជី	่ ไม่มี	
14. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษ	เณะหรือหลายสาขารวมอยู่ใน	🗆 ជី	่ ไม่มี	
อาคารเคียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีการแบ่งสัดส่ว	นให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วน			
ต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บ				
15. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์	เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความ	□ ជ	่ ไม่มี	
สะอาค เรียบร้อย				
16. มีเครื่องคับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อม		🗆 រឹរ	่ ไม่มี	
ได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนา	170			
ระดับพื้นไม่เกิน 1.50 เมตรสามารถอ่านคำแนะนำก	าารใช้ใค้			

รายการ		ะเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลม ดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ขอรับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มี ประสิทธิภาพ	□	🗆 ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัคส่วนมิคชิค	□ រីរ	🗆 ไม่มี	
19. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	🗆 ជី	่ ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	□ រីរ	่ ไม่มี	
21. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่	🗆 ជ	🗆 ไม่มี	
- กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอคภัย มีกุญแจ ปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	🗆 มี	🗆 ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่ อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุม อุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	่ □ มี	่ ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงาน ในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	□ រឹរ	่ 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	_ มี	□ ใม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	□	่ ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตค. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กย. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	🗆 ឆឹ	่ ไม่มี	ล่าสุดส่ง ประจำปี

รายการ	การประ	เมินตนเอง	หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ		🗆 ไม่มี	
27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และ			
ทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัครักษา หรือในบริเวณที่มีงาน	🗆 រឹរ	🗆 ไม่มี	
หัตถการ			
27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรคระบุวิธีทำ			
27.2.1 แช่น้ำยา	🗆 มี	🗆 ใม่มี	
27.2.2 อบนึ่งใน Autoclave(เครื่องอบนึ่งภายใต้ความคัน)	🗌 🖺 มี	🗌 ใม่มี	
27.2.3 อื่นๆ ระบุ			
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่	🗆 រឹរ	🗆 ไม่มี	
28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี			
- ห้องเป็นสัคส่วนมิคชิค	🗆 ជី	🗆 ไม่มี	
- มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ	🗆 រីរ	่ ไม่มี	
- มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม	🗆 ជី	🗆 ไม่มี	
- มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	🗆 ជឹ	🗆 ใม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่	□ រីរ	่ ไม่มี	
29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจาก	🗆	่ ไม่มี	
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์			
30. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุง	🗆 រឹរ	🗆 ใม่มี	
สีแดง เขียนข้อความ "ขยะติดเชื้อ") แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป			
และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการ			v. d
รักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจ			
ชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็น			
มูลฝอยติดเชื้อ		_ h	
31 .มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่	🗆 រីរ	่ ไม่มี	
31.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย	🗆 มี	🗆 ไม่มี	
ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ			
ลงชื่อผู้รับอนุญาต / ผู้คำเนินการสถานพยาบาล			
()			
วัน/เคือน/ปี			

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