

แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
 ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)โดยตนเอง ประจำปี .....

**คำชี้แจง**

-กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองการประกอบโรคศิลปะ และสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศ ด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเอง โดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้

-ในส่วนที่ ๑ เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

-ในส่วนที่ ๒ เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานฯ ขอให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป**

๑. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต.....

๒. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่ .....

๓. วัน เวลา เปิดทำการ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๔. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาตชื่อ.....

๕. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาตชื่อ.....

๖. มีจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ.....คน โปรดระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

**ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการประเมินมาตรฐานฯ ตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย  ในช่อง**

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๑. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ ๑.๑ ป้ายมีความกว้าง x ยาว ไม่น้อยกว่า ๔๐ ซม.x ๑๒๐ ซม.ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสูงไม่น้อยกว่า ๕ ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี  <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑.๒ สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู คลินิกการแพทย์แผนไทย สีน้ำเงิน คลินิกการแพทย์แผนไทย สีเขียวเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑.๓ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมิน ตนเอง	หมายเหตุ
๒. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๔. ชำระค่าธรรมเนียมปีแล้ว และติด ส.พ.๑๒ (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๕.ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก ๒ ปี (กรณีใหม่ไม่ถึง ๒ ปี ใส่√ ในช่อง <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๖.แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจน ตรง ตามใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๗. แสดงหรือติดป้าย คำประกาศิตผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๘.แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่(ข้อความหรือสัญลักษณ์)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๙.แสดงอัตราค่ารักษาพยาบาล เช่นค่ายา...ค่าทำแผล...ค่าอุดฟัน...ค่าตรวจเลือด.. ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย(เป็นป้าย หรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๐. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลได้ที่.....(แพทย์หรือเจ้าหน้าที่หรือได้ที่นี้) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง ๑๐ ซม. (ไม่บังคับสี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๑.มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้เป็นเล่มสีเขียว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๒. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัย ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๓. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๔. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๕. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาด เรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๖. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วน บนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน ๑.๕๐ เมตรสามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๗. มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นอับทึม กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า ๒.๖ เมตร ผู้อนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๑๘. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๙. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๐. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๑. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ -กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๒. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องมีอาหาร หรือเครื่องตีมปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย ๑ จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๓. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ (ป้ายชื่อไปสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๔. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ จ) ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฉ) การวินิจฉัยโรค ช) การรักษา ซ) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษสถานพยาบาล	<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 <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	
๒๕. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<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 <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๖. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ.๒๓) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ๑ ต.ค. ของปีที่ผ่านมาถึง ๓๐ กย.ในปีนั้นๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียม ประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งรายงานประจำปี .....

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
<p>๒๗. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ</p> <p>๒๗.๑ มีระบบการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม การทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ</p> <p>๒๗.๒ กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรดระบุวิธีทำ</p> <p>๒๗.๒.๑ แช่น้ำยา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๒๗.๒.๒ อบนึ่ง Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๒๗.๒.๓ อื่นๆ ระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	
<p>๒๘. มีห้องตรวจภายในหรือไม่</p> <p>๒๘.๑ ในกรณีมีห้องตรวจภายในจะต้องมี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</li> <li>-มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</li> <li>-มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</li> <li>-มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน การเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	
<p>๒๙. มีเครื่องเอกซเรย์หรือไม่</p> <p>๒๙.๑ กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	
<p>๓๐. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม</p> <p>(มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ)</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	
<p>๓๑. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่</p> <p>๓๑.๑ กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล  
(.....)

วัน เดือน ปี.....