



ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๔/๑๔๕๒๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ศก.๓๓๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ/โรงพยาบาลกันทรลักษ์/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง /  
สาธารณสุขอำเภอทุก อำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบสรุปรายงานผลการตรวจสถานพยาบาลประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒.แบบรายงานการวิเคราะห์กลุ่มสถานพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้มอบภารกิจ การกำกับดูแล ตรวจสอบและ  
ตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนประจำปี ให้กับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
ดำเนินการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภค ทั้งนี้โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติ  
สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ ให้ผู้อนุญาตจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจลักษณะสถานพยาบาลและการประกอบ  
กิจการสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้อย่างสม่ำเสมอ ในกรณีนี้ถ้าพบว่าสถานพยาบาลตลอดจน  
เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์นั้นมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่  
ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายใน  
ระยะเวลาที่กำหนดได้

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอให้ท่านมอบหมายคณะทำงานตรวจ  
มาตรฐานสถานพยาบาลระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
พร้อมส่งสรุปรายงานดำเนินงานตามแบบฟอร์มสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ พร้อมภาพกิจกรรม โดยรายงาน  
ในรูปแบบหนังสือราชการ ไปที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่  
๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ โดยสามารถดาวน์โหลดฐานข้อมูลสถานพยาบาลและแบบฟอร์มการตรวจมาตรฐาน  
สถานพยาบาลได้จากเว็บไซต์ [www.fdassko.org](http://www.fdassko.org)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิเชษฐ์ จงเจริญ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร. ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐-๖ ต่อ ๓๐๕

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๒

แบบสรุปผลการตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชน ประจำปี ๒๕๖๔

อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ

จำนวนสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด.....แห่ง /จำนวนสถานพยาบาลที่ตรวจทั้งหมด.....แห่ง

คิดเป็นร้อยละ.....

จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน ..... แห่ง

จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านแบบมีเงื่อนไขต้องปรับปรุงและตรวจติดตาม ..... แห่ง

จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ..... แห่ง

1.หมวดสถานที่และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาล

หัวข้อ	ผลการตรวจ		หมายเหตุที่ไม่ผ่าน
	ผ่าน (จำนวน)	ไม่ผ่าน (จำนวน)	
1.1 สถานที่ยังอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด บริเวณภายในและภายนอกสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย			
1.2 ห้องตรวจหรือห้องให้บริการรักษาเป็นสัดส่วนมิดชิด			
1.3 มีระบบการควบคุมการติดเชื้อ การเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม (การควบคุม,การแยกขยะ,การทำลายขยะติดเชื้อ)			
1.4 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับกิจการอื่นและไม่ปะปนกับร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา			
1.5 มีถึงดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นชัดเจน			
1.6 แสดงป้ายชื่อสถานพยาบาล ที่มีขนาดตัวอักษร สีและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการที่ถูกต้องติดตั้งในที่มองเห็นชัดเจน			
1.7 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผยและเหมาะสม			
1.8 แสดงวันเวลาทำการไว้ในที่เปิดเผยและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
1.9 แสดงอัตราค่าบริการให้ครอบครัว/ป้ายสอบถามอัตราค่าบริการ/ประกาศสิทธิผู้ป่วย/ป้ายห้ามสูบบุหรี่/รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยแสดงในที่เปิดเผย			
1.10 ไม่มีการโฆษณาสถานพยาบาลที่เข้าข่ายการฝ่าฝืนกฎหมาย			

2. หมวดเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและการดำเนินการสถานพยาบาล

หัวข้อ	ผลการตรวจ		หมายเหตุที่ไม่ผ่าน
	ผ่าน (จำนวน)	ไม่ผ่าน (จำนวน)	
2.1 มีการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยและทะเบียนผู้ป่วยประจำวันโดยมีการบันทึกรายละเอียดข้อมูลที่ครบถ้วนตามที่กฎกระทรวงกำหนดและบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน			
2.2 มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ได้แก่ โต๊ะพร้อมเก้าอี้ตรวจโรค เตียงตรวจโรค เตียงตรวจครรภ์(คลินิกพยาบาล) เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง ไฟฉาย ไม้กดลิ้น เครื่องชั่งน้ำหนัก อ่างล้างมือชนิดไม่ใช่มือปิดเปิด			
2.3 มียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นโดยมีจำนวน รายการและปริมาณที่เพียงพอตามลักษณะสถานพยาบาลและไม่เกินกรอบรายการตามที่กฎหมายกำหนด			
2.4 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ดูแลคลินิกหรือมีผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
2.5 มีอุปกรณ์และยาช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉินตามประเภทของคลินิกตามที่กฎกระทรวงกำหนดและมีขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินพร้อมเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลที่จะส่งต่อหรือเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินแสดงไว้ในที่เปิดเผย			

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....





