

# บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม (มีบริการไตเทียม)

ตรวจสอบเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

## ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....  
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล  
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล  
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตร.....  
วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร.....เลขที่.....ออกให้วันที่.....  
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
สถานพยาบาลชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....

รายชื่อพยาบาลที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (๑คนต่อ๔เครื่องไตเทียม) และพยาบาลวิชาชีพ  
เทียม (๑คนต่อ๔เครื่องไตเทียม)

คนที่ ๑ .....  
คนที่ ๒ .....  
คนที่ ๓ .....  
คนที่ ๔ .....

จำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด.....เครื่อง

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

### ๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้  
อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี  
เวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่อง  
ระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการ  
สถานพยาบาล

### ๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก  
จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

### ๓. ลักษณะที่ตั้ง

- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ  | <input type="checkbox"/> อาคารอยู่อาศัย        | <input type="checkbox"/> ห้องแถว |
| <input type="checkbox"/> ตึกแถว                   | <input type="checkbox"/> บ้านแถว               | <input type="checkbox"/> บ้านแฝด |
| <input type="checkbox"/> ศูนย์การค้า              | <input type="checkbox"/> อาคารพาณิชย์.....ชั้น | ตั้งอยู่ชั้นที่.....             |
| <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมสำนักงาน  |                                  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....             |  |                                  |

## ๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....

.....

ชั้น ๒ .....

.....

ชั้น ๓ .....

.....

ชั้น ๔ .....

.....

ชั้น ๕ .....

.....

## ๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

## ๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

**หมายเหตุ** วุฒิบัตร/อนุบัตร ที่ได้รับจากแพทยสภา คือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุบัตรจากแพทยสภา ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง

## ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน  ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✗ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง

## ๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

- ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้
- ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง
- ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร
- ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษ ต้องเป็นสัดส่วนและมีติดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
  - ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือ ชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ
  - ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
  - ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ
- ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม
- ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรติดตั้งพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
  - ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
  - ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถังขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”
  - ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม
- ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)
- ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น
- ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล
- ๑.๑๒ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์ จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)
  - ๑.๑๒.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

## ๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น
- ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี
- ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น
- ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน
- ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก
- ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

## ๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

- ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเวชกรรม..... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ
  - ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร
  - ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกเวชกรรม....” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก
  - ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว
  - ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีเขียว
- ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม
- ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้
  - ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเวชกรรม....”
  - ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย
  - ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม

๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่มีผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

(๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

(๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

(๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

(๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

(ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย ไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

(ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

(ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

(จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านเวชกรรม ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

- ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่า สามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด
- ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

#### ๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

- ๔.๑ เวชระเบียน
  - ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย
  - ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง
    - (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย
    - (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย
    - (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
  - ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด
    - (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
    - (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย
    - (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
    - (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย
    - (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกทรายแก้ว)
    - (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกทรายแก้ว)
    - (๗) การรักษา (กรณีคลินิกทรายแก้ว)
    - (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษายาบาล (กรณีคลินิกทรายแก้ว)
  - ๔.๑.๔ ต้องจัดให้มีการลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกราย
    - ๔.๑.๒ สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกราย โดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอม และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไปทุก ๖ เดือน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมได้
- ๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค
  - ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้
  - ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยพื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช้เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)
  - ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)
  - ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว
  - ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

- ๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้อง มี
- ๔.๓.๑ หูฟัง ( Stethoscope )
  - ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต ( Sphygmomanometer )
  - ๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ
  - ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น
- ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย
- ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน
- ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม (มีบริการไตเทียม) ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีผลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ดังต่อไปนี้
- ๔.๖.๑ ต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์เฉพาะทางในสาขาของแพทย์ผู้ชำนาญการที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา
  - ๔.๖.๒ หากมีการให้บริการตรวจโรคทั่วไปต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ อย่างน้อย ๕ กลุ่มยา จาก ๑๓ กลุ่มยา ดังนี้
    - (๑) กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยา Penicillin
      - (ข) กลุ่มยา Sulfa
      - (ค) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide
      - (ง) อื่นๆ ระบุ.....
    - (๒) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร
      - (ข) กลุ่มยาโรคท้องเสีย
      - (ค) อื่นๆ ระบุ.....
    - (๓) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
      - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
    - (๔) กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยาโรคหัดที่มีอาการไอ
      - (ข) กลุ่มยาโรคหอบหืด
      - (ค) อื่นๆ ระบุ.....
    - (๕) กลุ่มยารักษาโรกระบบสมองและระบบประสาท ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยาโรคชัก
      - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
    - (๖) กลุ่มยารักษาโรกระบบไหลเวียนโลหิต ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
      - (ก) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง
      - (ข) อื่นๆ ระบุ.....

- (๗) กลุ่มยารักษาโรกระบบผิวหนัง ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง
    - (ข) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ
    - (ค) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๘) กลุ่มยารักษาโรกระบบต่อมไร้ท่อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยาโรคเบาหวาน
    - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๙) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยาโรคปวดหลัง
    - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๑๐) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้ ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด
    - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๑๑) กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้ ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยา Antihistamine
    - (ข) กลุ่มยา Steroid
    - (ค) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๑๒) กลุ่มยาอื่นๆ ได้แก่
    - (ก) กลุ่มยาฉีดป้องกันบาดทะยัก
    - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
  - (๑๓) กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ ได้แก่
    - (ก) อุปกรณ์ทำแผล
    - (ข) อื่นๆ ระบุ.....
- 
- ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ
  - ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)
  - ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ
  - ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น



- ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเวชกรรม
- ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ
- (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐
  - (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone
  - (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection
  - (๔) ๕๐% Glucose injection
  - (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ
  - (๖) ยาฉีด Sodium Bicarbonate injection
  - (๗) ยาฉีด Calcium Chloride/Gluconate injection
  - (๖) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
<input type="checkbox"/> (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
<input type="checkbox"/> (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
<input type="checkbox"/> (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๗) Oral Airway	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
<input type="checkbox"/> (๙) อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๑๐) Laryngoscope	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๑๑) Endotracheal tube ขนาดต่างๆ	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๑๒) เครื่องดูดเสมหะ	๑ เครื่อง
<input type="checkbox"/> (๑๓) รถเข็นสำหรับกู้ชีพฉุกเฉิน	๑ คัน
<input type="checkbox"/> (๑๔) เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	ควรมี

- ๔.๑๑.๓ มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในสถานการณฉุกเฉิน
- (๑) มีระบบในการเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งจะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่ได้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

□ (๕) ห้องฟอกไตเทียม

□ (๕.๑) มีขนาดของห้องบริการฟอกเลือดที่สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและอุปกรณ์และพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน โดยมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่าสี่ตารางเมตรต่อหนึ่งจุดบริการ โดยส่วนที่แคบที่สุดไม่น้อยกว่า ๑.๘ เมตร เพื่อให้มีพื้นที่สามารถช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยสะดวก

□ (๕.๒) มีพื้นที่เตรียมน้ำบริสุทธิ์ พื้นที่ล้างตัวกรอง

□ (๕.๓) มีระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง

□ (๕.๔) เครื่องไตเทียมที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งหนังสือคู่มือประจำเครื่อง เกณฑ์การทำความสะอาดและการทะนุบำรุงเครื่อง โดยถ้าเป็นฉบับภาษาอังกฤษ ต้องมีฉบับภาษาไทยด้วย

□ (๕.๕) ระบบทำน้ำบริสุทธิ์ที่ได้มาตรฐาน (Water Treatment System) เช่น Reverse Osmosis, Deionizer พร้อมเกณฑ์การทำความสะอาดระบบน้ำและควบคุมคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา

□ (๕.๖) ตัวกรองเลือด ในกรณีที่จะนำตัวกรองเลือดมาใช้ซ้ำ (Dialyzer Reprocessing) จะต้องมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด

□ (๕.๗) หากมีบริการ จัดให้มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงที่ได้มาตรฐานและสามารถทำการตรวจวิเคราะห์ผลการชั้นสูงได้เท่าที่จำเป็นเป็นอย่างน้อย

□ (๖) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อ

□ (๖.๑) ห้องให้บริการฟอกเลือด ต้องเป็นเขตกึ่งปลอดเชื้อ

□ (๖.๒) การใช้และปฏิบัติงานในเขตห้องบริการฟอกเลือดถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ

□ (๖.๓) มีมาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

