(ร่าง) คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับแก้ไข)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

แบบสรุปคะแนนตรวจประเมิน

หน่วยบริการ.....

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6		ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	12		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5		
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9		
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60		ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกข้อ
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	100		
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คบส.)	55		
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	67		
รวมคะแนน	314		

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

หน่วยบริการ.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบคน มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประธานและให้ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน	1		- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - บันทึกการประชุมคณะกรรมการ	
	1.2 มีแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2575) โดยต้องกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีที่ทำให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนและนำแผนไปสู่การปฏิบัติ	1		- แผนปฏิบัติการ - สุ่มสอบถามบุคลากร	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.3 มีการจัดการทรัพยากร โดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือบริการเภสัชกรรม และ RDU/คบส.	1		- เอกสารการเบิก	
	1.4 มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้งเวลาทำการเปิด-ปิด ที่ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงานการให้บริการที่ชัดเจน	1		- ป้ายแสดงเวลาทำการ - สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	1.5 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียนวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบบริการ หรือการบริหารจัดการ	1		- ตู้รับฟังความคิดเห็น หรือเอกสาร ที่ระบุการรับข้อร้องเรียนและการจัดการ	
	1.6 มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1			
รวมคะแนน		**6**			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

หน่วยบริการ.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ดังนี้	2. 1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน หรือแพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1			- กรณีบุคลากรไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ต้องมีแผนพัฒนาบุคลากรที่ระบุเป้าหมาย ระยะเวลาการพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามข้อกำหนด
	2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
	2.1.3 มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
	2.1.4 มีทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน	1			
	2.1.5 มีทันตแพทย์คนที่ 2 หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอย่างน้อย 1 คน	1			
	2.1.6 มีผู้ช่วยทันตแพทย์เพียงพอต่อผู้ให้บริการในสัดส่วน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน:ทันตแพทย์หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน	1			
	2.1.7 มีพนักงานทั่วไปอย่างน้อย 1 คน	1			

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่องและผสมผสานภายใต้ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้	2.2.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน	1		- การสอบถาม - รูปภาพ - แผ่นพับ - เวชระเบียน - การจัดสถานที่ในการให้บริการ	
	2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน	1			
	2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	1			
	2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1			
	2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต ตามกลุ่มวัย ตั้งแต่การ	1			

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	ตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต				
รวมคะแนน		**12**			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

หน่วยบริการ.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	3.1 มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ	1			
	3.2 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น	1			
	3.3 สถานที่บริการสะอาด มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดบริการแต่ละด้าน แยกเป็นสัดส่วนที่หมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	1			
	3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ	1			
	3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส.	1		-เอกสาร รูปภาพ การดำเนินการ	
รวมคะแนน		5			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

หน่วยบริการ……

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4.ด้านระบบสารสนเทศ	4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างถูกต้องและครบถ้วน	1		- คู่มือ/ระเบียบปฏิบัติ	
	4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ป้ายชื่อป้ายหน้าห้องตรวจ	
	4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้ บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	1			
	4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ	1		- แนวทางปฏิบัติ	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	ของผู้รับบริการ			- มีตู้จัดเก็บเวชระเบียนและระบุการเข้าถึง	
	4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไว้ในระเบียนข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	
	4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดการรั่วไหลหรือมีการข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพโดยผู้อื่น ที่ไม่มีสิทธิเข้าถึง	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบในเวชระเบียนหรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการสำรองข้อมูล	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	
รวมคะแนน		**9**			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยบริการ.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5.การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line,สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการ (ไม่เกิน 5 ปี) อ้างอิงกระบวนการที่ 3 กระบวนการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของศบส. (ปรับปรุงปี 2565) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความข้าใจสามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษาสอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจสามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์,โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5.การบันทึกข้อมูล**				
1.การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)									
OTOP เรื่อง…… (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)								ตามรอยการให้บริการตามประเด็น OTOP	
2.การจัดบริการในสถานบริการ									
2.1 OPD									
ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)								เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ตามรายการให้บริการในสถาน	<u>การให้บริการในสถานบริการ</u> หมายถึง การจัดบริการกายในหน่วยบริการที่จัด

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
								บริการตามแผนกต่างๆ เช่น OPD, ER ฯลฯ	ไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค
2.2 ER									
-การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการเบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการวินิจฉัยการรักษา									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
เบื้องต้น และการส่งต่อหรือการจัดระบบส่งต่อแบบเครือข่าย : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพระดับ ALS -การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ									
2.3 ANC									
- ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
- คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ส่งต่อตามระบบ และรับส่งต่อจาก ศบส. ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย - ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขูดหินน้ำลายหญิงตั้งครรภ์และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก รักษาส่งต่อ									
2.4 WBC									
- ให้วัคซีนตามเกณฑ์ -ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
- ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือกระตุ้นพัฒนาการได้ หากมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม หรือมีนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อจาก ศบส. ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย - ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กใน WBC และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก รักษา ส่งต่อ									
2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD)						5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
- การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการรายกรณี โดย Case manager และ สหสาขาวิชาชีพและรับส่งต่อจากศบส. ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย - ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน และให้									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก รักษา ส่งต่อ									
2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ						5			
ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSCC หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่ายโดยบุคลากรทุกวิชาชีพในศบส.			***ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
3.การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม						5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
คลินิกทันตกรรมในศบส. - การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน หรือ ทันตกรรมเฉพาะทางตามบริบทของพื้นที่									
4.การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด									
4.1 การจัดบริการแพทย์แผนไทย						5			
1.จ่ายยา 10 รายการ ตามรายการยาคลินิกแพทย์แผนไทย สำนักอนามัย ปีงบประมาณ 2566 โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
(330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สั่งการรักษาหรือผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 3. บริการผดุงครรภ์ไทยโดยผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ไทย/นวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย 4. บริการเภสัชกรรมไทยโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
5. บริการเวชกรรมไทยโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่ายและรับส่งต่อจากศบส.									
4.2 การจัดบริการกายภาพบำบัด						5			
จัดให้มีบริการกายภาพบำบัดตามบริบทของพื้นที่หรือ รับส่งต่อจากศบส.									
5.การจัดบริการในชุมชน									
5.1 COC : LTC						5			
การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและ									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5.การบันทึกข้อมูล				
ฟื้นฟูสภาพในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ/Care giver/อสส. ตามบริบทของพื้นที่									
5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT)						5			
มีระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			"*เครื่องมือสนับสนุนจาก CUP ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
คะแนนรวม						**60**			

หมายเหตุ :ไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน, มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน, มีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือ แบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	**ผลการตรวจสอบ**	
	มี	**ไม่มี**
(1) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยสำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้		
1.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย 1.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 1.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ		
(2) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 2.1 ชื่อสถานพยาบาล 2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 2.3 วัน เดือน ปี รับบริการ 2.4 ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 2.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการชันสูตรของผู้ป่วย 2.6 การวินิจฉัย 2.7 การรักษา 2.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ 2.9 มีประวัติการแพ้ยา		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = มี = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

(แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file : ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาง่ายและเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่าย และมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)		
2. ข้อมูลทั่วไป 2.1 แผนที่บ้าน 2.2 ผังครอบครัว (Genogram) 2.3 แบบฟอร์มการลงทะเบียนครอบครัว 2.4 ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม		
3. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล (OPD Card ดูฐานข้อมูลปัจจุบัน)		
4. บัตรบันทึกสุขภาพมารดา		
5. บัตรบันทึกสุขภาพเด็ก		
6. บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง		
7. บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุรายบุคคล		
8. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว		
9. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- มีไม่ครบทุกข้อ = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....

ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1 การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการ ดังนี้ (1) หูฟัง (2) เครื่องวัดความดันโลหิต (3) เครื่องตรวจดู ตา หู คอ จมูก (4) ไม้กดลิ้น (5) ไฟฉาย (6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย (7) ไม้เคาะเข่า (8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (9) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E - Chart) (10) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD) (11) Monofilament		

หมายเหตุ : 1. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- OPD และแพทย์แผนไทย มีข้อ 1 - 9 = มี = 1 คะแนน
- OPD และแพทย์แผนไทย ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 9 = ไม่มี = 0 คะแนน

2. การประเมิน NCD (เครื่องมือชุดตรวจในข้อ 1 - 9 ใช้ร่วมกับ OPD ได้)

- NCD มีข้อ 1 - 10 = มี = 1 คะแนน
- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 10 = ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ประเด็น : 2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน 1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ 1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4) 1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพ ประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือการบำรุงรักษาเครื่องมือ 1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR 2. อุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น 3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายใน และ Pap Smear 4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน 5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน 6. ชุดผ่าตัดเล็ก/มีอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับให้บริการผ่าตัดเล็กได้ 7. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (กรณีแพทย์ออกให้บริการ) ต้องมี Laryngoscope และEndotracheal Tube 3. เครื่อง AED (Automated External Defibrillator) เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ		

หมายเหตุ: - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้		
1. เครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มีประวัติความดันโลหิตสูง		
2. เครื่อง Doptone		
3. สายวัดระดับยอดมดลูก		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = มี = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WBC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	**ผลการตรวจสอบ**	
	มี	**ไม่มี**
1. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก		
2. สายวัดรอบศีรษะ		
3. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพเอกสาร แผ่นพับ		
4. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2 เกณฑ์การบริการกายภาพบำบัด (อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีบริการในศบส.)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	**ผลการตรวจสอบ**	
	มี	**ไม่มี**
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

หมายเหตุ : - มีตามบริบทการให้บริการ = 1 คะแนน

- ไม่มี = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ข้อ 3. การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (Autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ		
(2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้ง และ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้ 2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง		
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)		
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม		
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)		
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนระหว่างให้บริการ		
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์		
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ		

หมายเหตุ : - มีครบ ข้อ 1 - 8 = มี

- ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

* * *<u>กรณีที่ ศบส. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมินของ ศบส. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน</u>

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ……

ข้อ 5. การจัดบริการในชุมชน

ประเด็น : 5.1 COC : LTC

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการ ดังนี้ (1) หูฟัง (2) เครื่องวัดความดันโลหิต (3) เครื่องตรวจดูตาหู คอ จมูก (4) ไม้กดลิ้น (5) ไฟฉาย (6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย (7) ไม้เคาะเข่า (8) เครื่องตรวจน้ำตาล (9) เตียง Fowler (10) เครื่อง suction mobile (11) Oxygen Home therapy (หมายถึง เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า และ/หรือ oxygen tank)			(1-8) ใช้ร่วมกับเครื่องมือการบริการในสถานบริการ

หมายเหตุ : COC : LTC (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ระดับ 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า)

- มีข้อ 1 - 8 =มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 8 = ไม่มี

Palliative care (ข้อ 9 - 11 ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ)

- มีข้อ 9 - 11 = มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 - 11 = ไม่มี

- มีครบ = 1 คะแนน
- ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

หน่วยบริการ.....

(โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่เลือก และหรือเติมข้อความให้ครบถ้วน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
1.บุคลากร							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ • คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและรองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรม หรือ	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักมีเฉพาะบันทึกการ	มีใบประกาศ หรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของ	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรอง และรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริง	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคนหลักฐานการอบรม/สอน	หลักฐานการอบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม • ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจากสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ จากองค์กรภายนอก หรือผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม มีใบประกาศ/เอกสารบันทึก การสอนหน้างาน (on the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่		อบรมผู้ปฏิบัติงานจริง น้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	จำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	มากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ		

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ในศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ ของสำนักงานชันสูตรสาธารณสุขโดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ1 ปีย้อนหลัง นับจากวันประเมิน)						
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่นนักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับคำปรึกษาหรือมีบันทึกการขอคำปรึกษาแต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน	คำสั่งแต่งตั้ง, บันทึกการขอคำปรึกษา

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	• มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข สามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ Line/Facebook ได้			3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองไม่ลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา	3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาไม่ครบทุกคน	3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาครบทุกคน	
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น • พื้นที่ตรวจปัสสาวะควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วนมีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาด ไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	สังเกต, สอบถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ	มั่นคงหรือไม่มั่นคงแต่ใช้พื้นที่ร่วมกันกับงานอื่นเมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง	มีพื้นที่วางแต่ไม่มั่นคง	พื้นที่วางมั่นคงแต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้น หรือแดด	จัดวางในพื้นที่มั่นคงเพียงพอพร้อมใช้งานสิ่งแวดล้อมเหมาะสม	สังเกต, สอบถาม, ลองขยับ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	• พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit เหมาะสม แข็งแรง มั่นคง				ส่อง หรือเข้าไป ใช้งานได้ยาก		
3.1 วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ							
	3.1 วัสดุน้ำยา						
6	3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ • มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทุกชิ้น	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม
7	3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุวิทยาศาสตร์ และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากล่องใหม่หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบและมีบันทึกใน	มีหมดอายุ	ไม่ระบุแต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุไม่ทุกชิ้น หรือไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชิ้นแต่ไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุถูกต้องทุกชิ้นและไม่หมดอายุ	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	แบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet) • แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ: (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน • แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด มีการระบุวันหมดอายุ ตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน						
	3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ • ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	มีทะเบียนแต่ข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนดทุกเครื่อง	มีทะเบียนและเครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและเครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือ ที่ข้อมูลครบตามข้อกำหนดทุกเครื่องและเป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือ หมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคา ผู้รับผิดชอบดูแลรักษา						
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวม	1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุรายละเอียดใดๆในเผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่องและไม่ระบุความถี่หรือไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบ 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่องแต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือ สอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุง รักษาเครื่องมือ $\geq$ 75% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง พร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็น	1.ไม่มีบันทึกผลการทดสอบ	1.มีบันทึกผลการทดสอบหรือใบรับรองแต่ผลการ	1.มีบันทึกผลการทดสอบหรือใบรับรอง และผล	1.มีบันทึกผลการทดสอบหรือใบรับรอง และผลผ่าน	1.มีบันทึกผลการทดสอบหรือใบรับรอง และผลผ่าน	ตรวจเอกสาร ,สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่ายงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบและตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่น ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ • มีระบบสำรองแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) หรือ ฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่ -กรณีที่ใช้เครื่องตรวจหา Hemoglobin- Hematocrit ด้วยหลักการ Reflectance at	และไม่มีใบรับรอง 2.ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3.ไม่มีแบตเตอรี่สำรอง	ทดสอบไม่ผ่านและไม่มีการแก้ไข 2.ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3.มีแบตเตอรี่สำรอง	ผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์แต่แก้ไขเรียบร้อย 2.มีผลการบำรุงรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็นปัจจุบัน 3.ไม่มีแบตเตอรี่สำรอง	เกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์แต่แก้ไขเรียบร้อย 2.มีผลการบำรุงรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็นปัจจุบัน 3.มีแบตเตอรี่สำรอง	เกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์แต่แก้ไขเรียบร้อย 2.มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3.มีแบตเตอรี่สำรอง	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	525 nm ให้มีการทดสอบเครื่องมือกับสารควบคุมคุณภาพ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และบันทึกผลการทดสอบหรือมีใบรับรองการทดสอบและบำรุงรักษาตามคำแนะนำของผู้ผลิต และมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน						
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือน ตรงตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่น มี	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริงความถี่ไม่ตรงตามกำหนด และ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริงความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือสอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนดครบทุกเครื่องตามแผน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลาอย่างน้อยจุดละ 3 ครั้งเมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด						
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ และไม่มีแบตเตอรี่สำรอง	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 25% ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงานแต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥50% ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงานแต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 75% ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่และแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษาครบทุกเครื่องเป็นปัจจุบัน และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ • Tube Hematocrit ชนิด Heparin มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) • ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่	ไม่มี หรือมีแต่ใช้งานไม่ได้ หลังปั่นอ่านพบน้ำส่วนบนลดระดับ	แผ่นอ่านสเกลมีแต่ใช้งานยากมองเส้นอ่านไม่ชัดมี Tube Hematocrit ตามกำหนดมีดินน้ำมันแต่ใช้สีแดง หรือสีส้ม หรือ สีชมพู	แผ่นอ่านสเกลมีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัดมี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันไม่ใช้สีแดง หรือสีส้ม หรือ สีชมพู	แผ่นอ่านสเกลคมชัดมี TubeHematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน และ ไม่ใช้สีแดง สีส้ม หรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกลคมชัดและแข็งแรงไม่สามารถม้วนงอได้ มี Tube Hematocrit ตามกำหนดมีดินน้ำมันและไม่ใช้สีแดง หรือสีส้ม หรือสีชมพู	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริงและดูว่าน้ำส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลดระดับ • มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ						
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือดเข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)	ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้วโดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) • ภาชนะใส่ปัสสาวะสามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติก แบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไขและต้องตรวจทันที	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาดไม่แห้ง	มี และแห้งสะอาดแต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และแห้งสะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
16	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างตรวจแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรวจทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง (ใช้คู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข)	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเองไม่มีเอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเองมีเอกสารอ้างอิงแต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเองมีเอกสารอ้างอิงและเป็นปัจจุบัน หรือมีคู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือการใช้บริการห้องปฏิบัติการสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข และเป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
17	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย อายุ เพศ รายการตรวจ ผู้เก็บตัวอย่าง ผู้สั่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจ หรือใช้ระบบสารสนเทศในการส่งข้อมูลคำขอตรวจวิเคราะห์กรณีตรวจวิเคราะห์เองไม่ต้อง	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วยแต่ไม่มีรายการตรวจและไม่ระบุผู้สั่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วยมีรายการตรวจแต่ไม่ระบุผู้สั่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วยมีรายการตรวจและผู้สั่งตรวจ	มีครบตามกำหนดหรือมีสั่งตรวจใน family folder หรือมีการสั่งตรวจผ่านระบบสารสนเทศ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	เขียนใบส่งตรวจ แต่มีบันทึกรายละเอียด						
18	4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัว ผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ • กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้	กรณีส่งต่อ สชส.ไม่มีหรือไม่เขียนชื่อ-สกุลและหน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One Stop Service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มี แต่รายละเอียดไม่ครบ	มี แต่รายละเอียดไม่ครบ แต่สามารถทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบตามกำครบ	สังเกต, สอบถาม
5.ขั้นตอนการทดสอบ							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ • ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ •คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บสิ่งส่ง	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบทุกการทดสอบและ/หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน -มีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันไม่ครบทุกรายการ	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการแต่มี ≥ 2 รายการไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา -มีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันครบทุกรายการา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการและเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา -มีเอกสารกำกับ	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบันตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ตรวจนอกจากของสำนักงานชันสูตรสาธารณสุขแล้ว ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ				น้ำยาที่เป็นปัจจุบันครบทุกรายการ	-มีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันครบทุกรายการ	
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด • สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิตหรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 3 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 2 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 1 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้องตามคู่มือ ทุกรายการ ทดสอบ	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน, สังเกต, สอบถาม
6.การประกันคุณภาพการทดสอบ							
21	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control,	ไม่มีการทำ IQC หรือไม่มีการ	ทำ 1 รายการและความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการและความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการความถี่เดือนละ 1 ครั้ง	ทำครบทุกรายการทดสอบความถี่อย่างน้อย เดือนละ1 ครั้ง	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	IQC) ควบคู่กับการทดสอบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง • ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย โดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว) • การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC กรณีรายการทดสอบไม่มีตัวอย่างสารควบคุมให้ทดสอบ ให้ดำเนินการควบคุมปัจจัยนำเข้าและ	ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการทุกรายการ			หรือครบทุกการทดสอบ แต่ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด		

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	กระบวนการ (input &Process) ตรวจวิเคราะห์แทน						
22	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) • มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ • กรณีที่ทำไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ	ไม่มีการทำ EQA หรือ Inter-Lab	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ ปี หรือทำ2,3 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 3 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือทำครบทุกรายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ ปี	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยปรึกษาร่วมกับนักเทคนิคการแพทย์ของสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีบันทึกการหาสาเหตุไม่ครบถ้วนและทำการแก้ไขไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหาสาเหตุครบถ้วนแต่ทำการแก้ไขไม่ครบ	มีบันทึกการหาสาเหตุและทำการแก้ไขครบถ้วนแต่ขาดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไขและกำหนดมาตรการป้องกัน	ตรวจเอกสาร ,สอบถาม
7.การรายงานผลการทดสอบ							
24	7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เอง และมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤต -มี work sheet การทดสอบปัสสาวะโดยบันทึกการ	ไม่มีหลักฐานแสดง	1.มีทะเบียนผลการทดสอบ 1 รายการ	1.มีทะเบียนผลการทดสอบ 2 รายการ	1.มีทะเบียนผลการทดสอบ ครบถ้วน 3 รายการ	1.มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วน 4 รายการ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	อ่านปฏิกิริยาแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine strip) แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ work sheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึงวันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ วันหมดอายุ, ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ//ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล						
25	7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจใบรายงานผลการทดสอบมี	1.ไม่มีทะเบียนหรือไม่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2.ไม่มี	1. ใบรายงานมีข้อมูลไม่ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อและชื่อ-สกุลผู้วิเคราะห์/ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนารายงานผลปีปัจจุบัน 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียนการส่งต่อและมีผลการตรวจหรือแสดงการส่งตรวจต่อและผลการ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	รายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่ เวลาที่รายงานผลผู้ตรวจสอบรับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี 7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังสำนักงานชันสูตรสาธารณสุข หรือห้องปฏิบัติการ ศูนย์เครือข่าย ต้องมีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจในรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ	ใบรายงานผล				ตรวจในระบบสารสนเทศ 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	วันที่ เวลาที่รายงานผล และผู้ตรวจสอบรับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจอย่างน้อย 5 ปี **รายการที่ส่งตรวจผ่านระบบระบบสารสนเทศสามารถใช้ข้อมูลใน'ระบบสารสนเทศได้						
รวมคะแนน		**100**					

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1) ชื่อ - สกุล…… • ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง……..

2) ชื่อ - สกุล…… • ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง……..

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน……

<u>คำชี้แจงเพิ่มเติม</u>

1. * หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5 และ 6 ต้องไม่ได้คะแนน 0 (ศูนย์) ถ้ามีคะเนน 0 (ศูนย์) ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการต้านการแพทย์และสาธารณสุข (Lab) จะได้คะแนนเท่ากับ 0 (ศูนย์)
2. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละ ศบส. อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะเนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง
3. รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่ ศบส. ให้บริการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติม ต้องอยู่ในการกำกับดูแลของนักเทคนิคการแพทย์และให้ทำการประเมินทุกรายการตรวจวิเคราะห์รวมในเกณฑ์
4. การจัดหา IQC material ให้ รพช. /รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ ศบส. ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
5. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (Input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่นเละเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน แผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit
6. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons โดย รพช/รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
7. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อย ดังนี้

7.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ

7:2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน

7.3 การส่งต่อตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

<u>ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)</u>

……

……

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

หน่วยบริการ……

1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	**การบริหารจัดการระบบยา**					
	การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ศูนย์บริการสาธารณสุข	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในการจัดการระบบยาที่เป็นปัจจุบัน 2. มีกระบวนการในการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายด้านยาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กรอย่างเหมาะสม (กรณีมีการจัดประชุมควรมีรายงานการประชุมทุกครั้ง) 3. บุคลากรสายงานเภสัชกรรมทุกคนควรได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	1 1 1		1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดฯ 2. รายงานการประชุม (ถ้ามี) 3. รูปแบบการพัฒนาความรู้ เช่น - ประชุม (กองเภสัชกรรม/หน่วยงานอื่นๆ) - KM ในหน่วยงาน - อื่นๆ อธิบาย	
2	**การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ**					
	2.1 มียาใช้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ	1. มีบัญชีรายการยาศูนย์บริการสาธารณสุข 2. มียาช่วยชีวิตในศูนย์บริการสาธารณสุข และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 3. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	1 1 1		1. บัญชีรายการยาศูนย์บริการสาธารณสุข 2. ตรวจสอบ Emergency Drug Set และ มียาช่วยชีวิตดังนี้	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					2.1 Adrenaline injection 1:1000 2.2. Steroid injection เช่น Dexamethasone injection 2.3. Chlorpheniramine injection 2.4. 50% Glucose Injection 2.5. ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพ ผู้สั่งใช้ยา	
	2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยา และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูงตามที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนด เช่น	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา 2. มีฐานข้อมูลป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาโดยการติดสติ๊กเกอร์ในเวชระเบียน หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง โดยการติดสติ๊กเกอร์ในเวชระเบียน หรือวิธีการอื่นใด	1 1 1 1		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาและผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง ในคอมพิวเตอร์ หรือไฟล์ข้อมูล - เวชระเบียน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1) Adrenaline injection Inj. 1 mg/mL กรณี parenteral use 2) Carbamazepine 3) Clozapine 4) Lithium 5) Methylphenidate 6) Allopurinol 7) Digoxin 8) Glipizide 9-14) insulin 15) Phenobarbital 16) Phenytoin 17) Theophylline	5. มีแนวทางการประเมินแพ้ยาหรือการออกบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย	1		- มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกรณีแพ้ยาให้เภสัชกรประเมินและออกบัตรแพ้ยา	
3.	**คลังยาและเวชภัณฑ์**					
	3.1. มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม	1. สถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์สามารถป้องกันการสูญหาย มีความปลอดภัย มั่นคงแข็งแรง 2. มีแนวทางการเปิด/ปิดคลังยาชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา เวชภัณฑ์ และพัสดุอื่นๆชัดเจน	1 1 1 1		- สถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์มีความปลอดภัย มั่นคงแข็งแรง - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - แนวทางการเปิด-ปิดคลังยาตามบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุข	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.2. มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน	1. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น 2. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน 3. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c และความชื้น ไม่เกิน 70 %) 4. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	1 1 1 1		- ไม่มีกลิ่นอับชื้นยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น - แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น	
	3.3. การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	1. สุ่ม stock card นับยา 10 รายการ ตรงทุกรายการ 2. มีใบเบิกยาจากกองเภสัชกรรม และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3. ใบเบิกยาจาก กองเภสัชกรรม สอดคล้องกับ stock card 4. มีใบเบิกยาจากคลังยาศูนย์บริการสาธารณสุขไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน(ผู้เบิกผู้จ่ายผู้รับผู้อนุมัติ) 5. ใบเบิกยาจากคลังยาศูนย์บริการสาธารณสุข สอดคล้องกับ stock card	1 1 1 1 1		- มี วภ.6 /stock card ครอบคลุมยา เวชภัณฑ์ และพัสดุอื่นๆ - สุ่ม วภ.6 /stock card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ - ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยาวภ.6 หรือ stock card ต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก กองเภสัชกรรม ที่รับเข้าคลัง ศบส.	
	3.4. การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1		- สุ่ม วภ.6 / stock card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.5. มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ	1. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ 2. ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack 3. มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use	1 1 1		- สุ่มดูวันหมดอายุ และลักษณะภายนอกของยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (โดยสุ่มทั้งหมด 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา 3 รายการ)	
	3.6. ตู้เก็บยาตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม	1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
	3.7. ตู้เย็นเก็บวัคซีนตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน	1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
		4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม	1 1			
4	**การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล**					
	4.1. มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมความให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ	1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา 3. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 4. มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในศูนย์บริการสาธารณสุข	1 1 1 1		- ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู - บันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในศูนย์บริการสาธารณสุข	
	4.2. มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย	1. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน 2. มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และ มีฉลากยาเสริม 3. มีฉลากช่วยในการใช้ยา 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	1 1 1 1		- ฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล - ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.3. มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	1. มีการปฏิบัติตามแนวทาง RDU hospital 2. มีการติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน ต่อไปนี้ 1)-3) : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ, อุจจาระร่วงเฉียบพลัน, บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และหญิงคลอดปกติทางช่องคลอด) 4). การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิดในผู้ป่วยความดันเลือดสูง 5). การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป 6). การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน 7). การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน 8). การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด 9). การใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ 10). การใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 11). การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์	1 1		- สอบถามการดำเนินงาน - ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ RDU hospital 10 ข้อ จากทั้งหมด 11 ข้อ	ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีบริการทำคลอด
	4.4. มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	1. มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดจากทีมสหสาขาวิชาชีพให้เภสัชกรเพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ที่บ้าน	1		- สอบถาม และดูการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้าน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
		2. มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โทรศัพท์หรือทางไลน์ หรือเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร	1			
		3. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย	1			
รวมคะแนน			**53**			

2.งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	**งานคุ้มครองผู้บริโภค**					
	1.1 มีการดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้านยาเครือข่าย สำนักอนามัย	1. มีการเผยแพร่ข้อมูล/ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับภาคีเครือข่าย 2. มีการตรวจสอบสารปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ต่อไปนี้ - ชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้นในยาแผนโบราณหรือเครื่องสำอาง - ชุดทดสอบสารประกอบของปรอทเบื้องต้นในเครื่องสำอาง - ชุดทดสอบสารไฮโดรควิโนนเบื้องต้นในเครื่องสำอาง - ชุดทดสอบสารไซบูทรามีนเบื้องต้นในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	1 1		- สอบถาม - แบบรายงานสรุปกิจกรรมร้านยา เครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักอนามัย	
รวมคะแนน			**2**			

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

หน่วยบริการ……

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	1.1 มีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุข 1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุข 1.1.2 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2 1 1		- มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน -การอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน - การอบรมความรู้ มีหลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม	-
	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1.2.1 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุข	2 1		- ดูคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุข - สอบถามบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ	

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1.2.2 คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับการปรับปรุง ภายใน 5 ปี	1			
2.การดำเนินงาน	2.1 ระบบการเฝ้าระวัง 2. 1 .1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 2.1.2 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 2.1.3 มีข้อ 2.1.2 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 2.1.4 มีข้อ 2.1.3 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 2.1.5 มีข้อ 2.1.4 และมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในศบส. และในชุมชน	5 1 1 3 4 5		- ดูแนวทางการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายสำคัญ - สอบถามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	<u>กลุ่มเป้าหมายสำคัญ</u> หมายถึง 1. กลุ่ม CI 2. กลุ่ม HAI 3. เฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมายในบริบทของพื้นที่นั้น เช่น กลุ่มผู้ป่วย TB, ESRD, Bed Sore
	2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี 2.2.1 บุคลากรตรวจสุขกาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100% 2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 % 2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	5 1 2 3		- ดูแผนการตรวจสุขภาพ - ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปี - ดูแผนการดูแลสุขภาพบุคลากร กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	<u>การตรวจสขภาพประจำปี</u> การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และบุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	4 5			แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2.3. 1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 51 - 60 2.3.2 บุคลากรด้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 61 - 70 2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 71 - 80 2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป 2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป และบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม	5 1 2 3 4 5		- ทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีน รอบปีปฏิทิน - สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพ ประจำปี	- มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนที่ป้องกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่ - <u>บุคลากรกลุ่มเสี่ยง</u> หมายถึง กลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	5		-ดูป้ายประกาศ/โปสเตอร์	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัส

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน 2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการ และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร 2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทรามแต่อธิบายแนวทางปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง 2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงานตามแนวทางปฏิบัติ	1 2 3 4 5		แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเทตุสัมผัสเลือด/สารคิดหลั่งขณะปฏิบัติงาน - สุ่มถามบุคลากร 1 คน -รายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	เลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึง แนวทางการปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.5 การทำความสะอาดมือ 2.5.1 มีการคิดป้ายโปสเตอร์เสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และmoment แต่อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ 2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้า เช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้	5 1 2		- ป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ -สุ่มสอบถามขั้นตอน และวิธีการล้างมือ -ให้บุคลากรสาธิตการล้างมือ	5 moment หมายถึง การล้างมือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย 3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5.3 มีข้อ 2.5.2 และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ 2.5.4 มีข้อ 2.5.3 และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2.5.5 มีข้อ 2.5.4 และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	3 4 5			5. หลังสัมผัสสิ่งที่ล้อมรอบผู้ป่วย
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 2.6.1 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ 2.6.2 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้ 2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม 2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และบุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5 1 2 3 4 5		- ดูภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล - ให้บุคลากรสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในกรณีต่างๆ เช่น 1. กรณีที่พบผู้ป่วยที่เพร่กระจายเชื้อทาง Airborne ระยะเข้มข้น MERS, SAR หรืออื่นๆ ตามบริบท 2.กรณีที่ต้องจัดการกับสารคัดหลั่ง(ไม่รวมการล้างเครื่องมือ)	<u>อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</u> หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน ศบส. 2.7.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนในศบส. เพื่อป้องกันการเพร่กระจายเชื้อปรากฏในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน ศบส. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และบุคลาทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน ศบส. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2.7.4 มีข้อ 2.7.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการเพร่กระจายเชื้อใน ศบส. 2.7.5 มีข้อ 2.7 .4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน ศบส. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5 1 2 3 4 5		- สุ่มถาม - ตรวจสอบสถานที่จริง - ป้ายสื่อสารการปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรควัณโรค ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	การจัดแบ่งพื้นที่ในศบส. หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการแบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในศบส. เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคและดูการจัดพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน CSSD ของศบส.
	2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3		สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้าง เกี่ยวกับแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนว	<u>เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ</u> หมายถึง

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอต่อการใช้งาน 2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการจัดก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง 2.8.3 มีข้อ 2.8.2 และไม่พบของหมดอายุ	1 1 1		ทางการทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	1. มีการควบคุมด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง 2. มีการควบคุมด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อ 3. มีการควบคุมภายในหีบห่อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4. มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน 5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง 6. มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีการระบุ วันหมดอายุ บนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเพียงพอ หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ
	2.9 ระบบระบายอากาศ	3			

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.9.1 คลินิกทันตกรรมและจุดบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อจัดให้มีระบบระบายอากาศ ออกสู่ภายนอกอยู่ในช่วง 6-12 ACH โดยการติดตั้งพัดลมระบายอากาศ เครื่องฟอกอากาศ หรือ การเปิดหน้าต่างระบายอากาศ	1			ดูการจัดการระบบระบายอากาศในจุดบริการกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อ และคลินิกทันตกรรม
	2.9.2 คลินิกทันตกรรมและจุดบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อ มีการจัดการทิศทางการไหลของอากาศ ให้อากาศเคลื่อนตัวจากผู้ให้บริการไปยังผู้ป่วย และเคลื่อนตัวออกไปยังพัดลมดูดอากาศ โดยไม่ผ่านตำแหน่งที่มีผู้ปฏิบัติงานอื่นอยู่	1			
	2.9.3 คลินิกทันตกรรมและจุดบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการจัดทำฉากกั้น หรือการกั้นห้องแยกส่วนจากส่วนลงทะเบียน และส่วนบริการอื่น ๆ	1			
3.การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	- มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอย อินทรีย์ มูลฝอยอันตราย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	1			- สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
4.การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ศบส. มีการประมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ				- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.1 บุคลากร 1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว 2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการเพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ	2 1 1		- หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบของกรมอนามัย	
	4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคมและวัสดุของไม่มีคม	2 1 1			
	4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุ	6 1			

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้				
	2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม	1			
	4) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม ต้องบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	1			
	5) มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	6) ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1			<u>กล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ</u> หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็งหรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิด(อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยคิดเชื้อ พ.ศ. 2545)
	4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน 2) ใช้ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย 3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พักรวมทุกวัน 4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการ	4 1 1 1 1			

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อเกรอะ บ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น				
	4.5 บริเวณที่พักภาชนะบระจุมูลฝอยติดเชื้อ 1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น 2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบ ปรุง เก็บ หรือสะสมอาหาร 3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่ายไม่รั่วซึมมีฝาปิดมิดชิด 4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ 5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า "ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ"	5 1 1 1 1 1			
	4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้ ศบส. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของศบส.)	คะแนนเต็ม 2			
	4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้	1			
	2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน	1			

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด	1			
	4) มีบ่อรองรับเถ้ามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ	1			
	4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	2			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดและแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีพื้นและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวกายในได้ และมีระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า "ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามเปิดห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น"	1			
	4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้	2			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และเสดงชื่อ	1			

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	สถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง				
	2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556 และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	1			
รวมคะแนน		**67**			