

**แบบฟอร์ม แจ้งข้อมูลการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่องมาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล
สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ**

ชื่อสถานพยาบาล / โรงพยาบาล..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวนเตียง ใบอนุญาตฯ เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. แผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีบริการ แผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเตียง
 ไม่มีบริการแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล
 ยื่นคำขอเพิ่มบริการอยู่ในขั้นตอน.....
 อื่นๆ ระบุ
๒. ได้รับอนุญาตให้เพิ่มบริการแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากการประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล
 ครั้งที่...../..... เมื่อวันที่..... จำนวนเตียง
 ที่ตั้งของแผนก ตั้งอยู่ชั้น..... ของอาคาร..... เป็นห้องรวม แยกเป็น.....ห้อง ประกอบด้วย.....

 และ ตั้งอยู่ชั้น..... ของอาคาร..... เป็นห้องรวม แยกเป็น.....ห้อง ประกอบด้วย.....

๔. วัน / เวลารอบการบริการ

ส่วนที่ ๒ การปรับปรุงแก้ไขในสาระสำคัญ

๑. ข้อ ๓ (๒) “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 จากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่า ๑ คน ต่อผู้ป่วยที่รับการฟอกเลือดด้วย
 เครื่องไตเทียม ๔ คน ในแต่ละช่วงเวลาและมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานร่วมด้วยในสัดส่วนเดียวกัน”
 ผู้รับอนุญาตปรับปรุง ดังนี้.....

 มีแพทย์อายุรศาสตร์โรคไต/ผ่านการอบรมคน
 พยาบาลเชี่ยวชาญ/ผ่านการอบรมการฟอกเลือดฯ.....คน
 พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานคน

รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน ตามประกาศฯ เดิม	แพทย์/ พยาบาลอบรม การฟอกเลือด หรือทั่วไป	เลขที่ ใบอนุญาต ประกอบ วิชาชีพ	รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน ตามประกาศฯ ใหม่	แพทย์/ พยาบาลอบรม การฟอกเลือด หรือทั่วไป	เลขที่ ใบอนุญาต ประกอบ วิชาชีพ
๑).....	๑).....	.....	.....
๒).....	๒).....	.....	.....
๓).....	๓).....	.....	.....
๔).....	๔).....	.....	.....
๕).....	๕).....	.....	.....
๖).....	๖).....	.....	.....
๗).....	๗).....	.....	.....

รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน ตามประกาศฯ เดิม	แพทย์/ พยาบาลอบรม การฟอกเลือด หรือทั่วไป	เลขที่ ใบอนุญาต ประกอบ วิชาชีพ	รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน ตามประกาศฯ ใหม่	แพทย์/ พยาบาลอบรม การฟอกเลือด หรือทั่วไป	เลขที่ ใบอนุญาต ประกอบ วิชาชีพ
๘).....	๘).....	.....	.....
๙).....	๙).....	.....	.....
๑๐).....	๑๐).....	.....	.....
๑๑).....	๑๑).....	.....	.....
๑๒).....	๑๒).....	.....	.....

๒. ข้อ ๕ (๑) “มีขนาดของห้องบริการฟอกเลือดที่สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและอุปกรณ์และพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน โดยมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่าสี่ตารางเมตรต่อหนึ่งจุดบริการ โดยส่วนแคบที่สุดไม่น้อยกว่า ๑.๘ เมตร เพื่อให้มีพื้นที่สามารถช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยสะดวก ทั้งนี้พื้นที่ดังกล่าวไม่รวมพื้นที่เตรียมน้ำบริสุทธิ์ พื้นที่ล้างตัวกรอง ห้องพักผู้ปฏิบัติงาน ห้องเก็บของ ห้องน้ำ ทางเดิน เป็นต้น”
ผู้รับอนุญาตปรับปรุง ดังนี้.....

๓. ข้อ ๖ (๑) มี “เครื่องไตเทียมที่ได้มาตรฐาน พร้อมทั้งหนังสือคู่มือประจำเครื่อง เกณฑ์การทำความสะอาดและการทะนุบำรุงเครื่อง โดยถ้าเป็นฉบับภาษาอังกฤษ ต้องมีฉบับภาษาไทยด้วย”
ผู้รับอนุญาตปรับปรุง ดังนี้.....

๔. ข้อ ๙ “สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกราย โดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอม และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไปทุก ๖ เดือน

กรณีฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมได้ หากเมื่อผู้ป่วยพร้อมให้ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง”
ผู้รับอนุญาตปรับปรุง ดังนี้.....

๕. เรื่องอื่นๆ

ข้าพเจ้า ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขอรับรองว่าได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศกระทรวง เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล ครบถ้วน ตามประกาศกระทรวงฯ กำหนดแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้รับอนุญาต

ลงชื่อ..... ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

(.....)

...../...../.....

...../...../.....

หนังสือรับรอง
การเปิดให้บริการแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล

ตามที่ สถานพยาบาล / โรงพยาบาล
 โดยมีบริษัท.....เป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 ได้รับอนุญาตให้เพิ่มบริการแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน
เตียง และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แจ้งเตือนการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐาน
 การให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๖
 ธันวาคม ๒๕๕๔ และได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามประกาศนี้
 ภายใน ๓๖๕ วัน ซึ่งจะครบกำหนดในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ นั้น

ข้าพเจ้า ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขอแจ้งวัน และ เวลา ที่เปิดให้บริการฟอกเลือด
 ด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

วันที่ให้บริการ	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า
 จะเป็นผู้รับผิดชอบ
 ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอดเวลาที่ทางสถานพยาบาลให้บริการ และขอรับรองว่าข้อความ
 ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการเปลี่ยนแปลงประการใดจะแจ้งวันและเวลาที่เปลี่ยนแปลงให้
 สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะทราบต่อไป

ลงชื่อ ผู้รับอนุญาต
 (.....)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
 (.....)

วัน เดือน..... พ.ศ.

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ)ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือรับรอง
การปฏิบัติงานในแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล
(สำหรับแพทย์)

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปฏิบัติงานในแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อซึ่งข้าพเจ้าฯ ขอรับรองว่า

- ๑. ข้าพเจ้าได้รับวุฒิบัตรเฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ๒. ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลักสูตร ๔ เดือน จากสถาบัน.....
 (เป็นสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง) ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีวันและเวลาปฏิบัติงานดังนี้

วันปฏิบัติงาน	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอดระยะเวลาของแต่ละรอบที่ปฏิบัติงาน และขอรับรองว่าวัน เวลา ดังกล่าวข้างต้นไม่ซ้ำซ้อนกับวัน เวลา ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่น หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลอื่น และหากมีการเปลี่ยนแปลงวัน เวลาดังกล่าว จะแจ้งให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะทราบต่อไป

ลงชื่อแพทย์แผนกฟอกเลือดฯ
 (.....)
 วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรอง
การปฏิบัติงานในแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล
(สำหรับพยาบาล)

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ปฏิบัติงานในแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานพยาบาล ณ สถานพยาบาล ชื่อ

ซึ่งข้าพเจ้าฯ ขอรับรองว่า

๑. ข้าพเจ้าได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
๒. ได้รับประกาศนียบัตร พยาบาลเชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จาก...../สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ซึ่งเป็นสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
๓. ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม / พยาบาลไตเทียม จาก
.....
ซึ่งเป็นสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้ามีวันและเวลาปฏิบัติงานดังนี้

วันที่ให้บริการ	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	เวลา / รอบที่.....	หมายเหตุ
วันอาทิตย์				
วันจันทร์				
วันอังคาร				
วันพุธ				
วันพฤหัสบดี				
วันศุกร์				
วันเสาร์				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าวัน เวลา ดังกล่าวข้างต้นไม่ซ้ำซ้อนกับวัน เวลา ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่น หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลอื่น และหากมีการเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ดังกล่าวข้าพเจ้าจะแจ้งให้ สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะทราบต่อไป

ลงชื่อพยาบาลแผนกฟอกเลือดฯ
(.....)
วัน..... เดือน.....พ.ศ.....