รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปี.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ มกราคม ถึง ๓๑ ธันวาคม)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล..... (คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....
๒.๒ จำนวนผู้ป่วย.....คน.....ครั้ง
๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย.....คน.....ครั้ง
๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ.....คน.....ครั้ง
๒.๓ จำนวนการให้บริการ
๒.๓.๑ เวชกรรม.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๓ ล้างไต.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๕ ทันตกรรม
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๖ ทันตกรรมเฉพาะทาง
๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๗ กายภาพบำบัด .....คน.....ครั้ง
๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
๑) การตรวจก่อนคลอด.....คน.....ครั้ง
๒) การทำคลอดปกติ.....คน.....ครั้ง
๓) การดูแลหลังคลอด.....คน.....ครั้ง
๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๓) สาขาการผดุงครรภ์/สาขาการพยาบาลมารดาและทารก

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๔) สาขาการพยาบาลเด็ก

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง

๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

๑) ฝังเข็ม.....คน.....ครั้ง

๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง

๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง

๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง

๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง

๓.๓ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๑ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **<u>ตามลักษณะของสถานพยาบาล</u>**

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๑) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แช่น้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้).....

ระยะเวลาในการแช่น้ำยา.....

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

☐ Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

☐ Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด.....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ .....ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี) .....

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

☐ มี ☐ ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....

.....

.....

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ)----------

(ลายมือชื่อ)----------

(----------)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)----------

(----------)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน