



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

บันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ
ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (Post Audit)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....-.....น.

ผู้ตรวจประเมิน

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
๓. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมตรวจประเมิน

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....
๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการภาษาไทย
ชื่อสถานประกอบการภาษาต่างประเทศ.....
สถานที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
พื้นที่บริการ.....ตารางเมตร จำนวนเตียง.....เตียง

ประเภทกิจการ สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวัน

สถานที่พำนักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

สถานที่บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (มีการพักค้างคืน)

ใบอนุญาตทะเบียนเลขที่.....วันที่อนุญาต.....

ส่วนที่ ๒ ตารางบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit)

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๑. ด้านการได้รับอนุญาต				
๑.๑ แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการไว้ในที่เปิดเผย			ติดตั้งใบอนุญาตไว้ในที่เปิดเผย เห็นได้ชัดเจน	
๑.๒ แสดงใบอนุญาตผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผย (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือ ลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			ติดตั้งใบอนุญาตไว้ในที่เปิดเผย เห็นได้ชัดเจน	
๑.๓ แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการรายปีไว้ในที่เปิดเผย			ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมรายปี ต้องเป็นปีปัจจุบัน	
๑.๔ เป็นผู้รับอนุญาตตามที่ระบุในใบอนุญาต			ตรวจสอบชื่อผู้รับอนุญาตในใบอนุญาตกับผู้ประกอบกิจการปัจจุบัน เป็นบุคคลเดียวกันหรือไม่	
๑.๕ ประกอบกิจการตรงตามประเภทที่ได้รับอนุญาต			ตรวจสอบการให้บริการ/เมนูบริการ	
๑.๖ มีผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือ ลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน) จำนวน.....คน ๑. ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต..... ๒. ชื่อ.....สกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....			ตรวจสอบเอกสารใบอนุญาตผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	
๑.๗ ผู้ให้บริการมีใบรับรองการขึ้นทะเบียน จำนวน.....คน			ตรวจสอบเอกสารใบรับรอง (สพส.๑๔) ต้องมีครบทุกคน	
๒. ด้านสถานที่				
๒.๑ มีป้ายชื่อตรงตามประเภทกิจการ/สามารถมองเห็นได้ชัดเจน			ป้ายชื่อสถานประกอบการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์การตั้งชื่อติดไว้ด้านหน้าสถานประกอบการหรือตัวอาคาร มองเห็นชัดเจน	
๒.๒ หากในอาคารเดียวกันมีการประกอบกิจการอื่น ต้องแบ่งเขตพื้นที่บริเวณการให้บริการชัดเจน และไม่รบกวนการบริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			หากมีการประกอบกิจการอื่นในอาคารเดียวกันต้องแบ่งพื้นที่ชัดเจน ไม่ปะปนกันและไม่รบกวนกัน	

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๒.๓ มีพื้นที่ส่วนกลางสำหรับประกอบกิจกรรมหรือ สันทนาการ				
๒.๔ ทางเดินกว้างไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร			มีทางเดินที่สะดวก ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง	
๒.๕ พื้นที่ทั้งภายในและภายนอกสะอาดและเป็น ระเบียบเรียบร้อย				
๒.๖ มีหน่วยบริการประสานงาน แจ้งเหตุเตือนภัย อำนวยความสะดวกอื่นๆ			จัดให้มีหน่วยงานที่ทำ หน้าที่ประสานงานหรือ แจ้งเหตุเตือนภัย หรือ อำนวยความสะดวกอื่นๆ	
๒.๗ ถ้ามีบริการหลายลักษณะ ต้องแบ่งพื้นที่ชัดเจน และมีมาตรฐานตามการให้บริการลักษณะนั้นๆ			หากมีบริการอื่นต้อง แบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และ เป็นไปตามมาตรฐานของ กิจการนั้นๆ	
๒.๘ มีการจัดการขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย ระบบ ควบคุมภาชนะนำโรคที่เหมาะสม			มีมาตรการในการกำจัด ขยะปนเปื้อน มูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเสียที่ เหมาะสมตามหลัก สุขาภิบาล ถึงขยะทุกจุด เป็นชนิดมีฝาปิด	
๒.๙ พื้นที่ให้บริการมีแสงสว่างและการระบายอากาศ เพียงพอไม่มีกลิ่นอับทึบ			มีพัดลมดูดอากาศ หรือ หน้าต่างที่เปิดระบาย อากาศได้	
๒.๑๐ ห้องน้ำ มีลักษณะดังนี้ - ประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน - พื้นผิวห้องน้ำเรียบเสมอกันและเสมอกับระดับพื้น ภายนอก ไม่ลื่น ไม่มีน้ำท่วมขัง - โถส้วมแบบนั่งราบสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า ๔๐ ซม. แต่ไม่ เกิน ๔๕ ซม. และมีราวจับยึดผนัง - อ่างล้างมือ สูงจากพื้นไม่เกิน ๘๐ ซม. มีราวจับด้านข้าง อ่าง ก๊อกน้ำเป็นชนิดก้านโยก ก้านหมุนหรือระบบ อัตโนมัติ - บริเวณที่อาบน้ำ ที่นั่งสำหรับอาบน้ำสูงจากพื้นไม่เกิน ๔๕ ซม. มีพนักพิงที่มั่นคง มีราวจับด้านข้างของที่นั่ง ก๊อกน้ำของฝักบัวเป็นชนิดก้านโยก ก้านหมุน หรืออัตโนมัติ - ติดตั้งสัญญาณเรียกฉุกเฉินในห้องน้ำ - ระบบทำน้ำอุ่นที่ปลอดภัย - มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๒.๑๑ เดินสายไฟเป็นระเบียบ ใช้สายไฟถูกประเภทและปลอดภัย มีการบำรุงรักษา มีเส้นหรือขอบเขตแสดงบริเวณที่เป็นอันตราย มีอุปกรณ์ตัดไฟ มีระบบไฟฟ้าส่องสว่าง			ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการบำรุงรักษา	
๒.๑๒ มีหน่วยบริการประสานงาน แจ้งเหตุเตือนภัยอำนวยความสะดวกอื่นๆ ตลอด ๒๔ ชม. (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย)			จัดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงานหรือแจ้งเหตุเตือนภัย หรืออำนวยความสะดวกอื่นๆ ตลอด ๒๔ ชม.	
๒.๑๓ ความกว้างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า ๙๐ ซม. (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			ความกว้างระหว่างเตียงต้องไม่น้อยกว่า ๙๐ ซม.	
๓. ด้านความปลอดภัย				
๓.๑ มีอุปกรณ์และคู่มือปฐมพยาบาล			มีอุปกรณ์และคู่มือปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน	
๓.๒ มีป้ายหรือข้อความเตือนบริเวณที่มีความเสี่ยง			บริเวณหรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ต้องติดป้ายข้อความหรือสัญลักษณ์เตือน	
๓.๓ มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม			มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เช่น ขั้นตอนการทำ ความสะอาดเครื่องมือ การทำความสะอาดเสื้อผ้า การคัดแยกขยะติดเชื้อ	
๓.๔ มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ และถังดับเพลิง			กรณีมีพื้นที่การให้บริการมากกว่า ๑ ชั้น ต้องติดตั้งเครื่องดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน อย่างน้อย ชั้นละ ๑ เครื่อง	
๓.๕ มีระบบไฟฟ้าสำรองตามช่องทางเดิน			ติดตั้งไฟฉุกเฉินตามช่องทางเดิน	
๓.๖ มีการฝึกอบรมผู้ดำเนินการและพนักงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและระงับอัคคีภัยปีละ ๑ ครั้ง			หลักฐานแสดงถึงเจ้าหน้าที่ได้ผ่านการอบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัย ที่เป็นปัจจุบัน	

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๓.๗ มีแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะฉุกเฉิน			มีคู่มือการปฏิบัติงาน แนวทาง/ขั้นตอนการปฏิบัติในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	
๓.๘ บุคลากรต้องได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) และมีการฝึกซ้อมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง			หลักฐานแสดงถึงเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้องการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพที่เป็นปัจจุบัน	
๓.๙ มีมาตรการตรวจสอบระบบความปลอดภัยในการให้บริการปีละ ๑ ครั้ง			มีเอกสาร ตรวจสอบถึงดับเพลิง ไฟฟ้าสำรองอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน	
๓.๑๐ มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น ถังลมช่วยหายใจ (Ambu bag) อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ (Mouth gag) ไม่กดลิ้น และสัญญาณเรียกฉุกเฉิน เช่น กริ่ง กระดิ่ง สัญญาณเตือนภัย (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือ ลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			- มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น ถังลมช่วยหายใจ (Ambu bag) อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ (Mouth gag) ไม่กดลิ้น - มีสัญญาณเรียกฉุกเฉิน เช่น กริ่ง กระดิ่ง สัญญาณเตือนภัย	
๓.๑๑ มีเครื่องกระตุกหัวใจ (AED) อย่างน้อย ๑ เครื่อง (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือ ลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			มีเครื่องกระตุกหัวใจอย่างน้อย ๑ เครื่องติดตั้งในจุดที่มองเห็นชัดเจน	
๔. ด้านการให้บริการ				
๔.๑ มีการจัดทำทะเบียนประวัติของผู้รับบริการ			- มีทะเบียนประวัติของผู้รับบริการ	
๔.๒ มีการประเมินความต้องการการดูแลและความสามารถในการสื่อสารของผู้รับบริการเมื่อแรกรับและประเมินซ้ำทุก ๓ เดือน			ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	
๔.๓ มีแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการ			มีหลักฐานการบันทึกในการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ สม่ำเสมอแต่ละรายตั้งแต่แรกรับจนถึงปัจจุบัน	
๔.๔ ให้บริการอาหารที่สะอาดและปลอดภัย			ห้องปรุงอาหารสะอาดตามหลักสุขาภิบาล ภาชนะใส่อาหารสะอาด	

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๔.๕ ผู้รับบริการที่ต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์สุขภาพประจำตัว ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานอุปกรณ์เครื่องมือด้านสุขภาพที่ถูกต้องการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว			มีเอกสารหลักฐาน Discharge plan หรือ Doctor Order ที่ถูกต้องการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว	
๔.๖ มีการบันทึก ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้รับบริการ			มีหลักฐานการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้รับบริการ	
๔.๗ แสดงรายการให้บริการและอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผย มองเห็นได้ง่ายและสามารถตรวจสอบได้			ให้แสดงรายการบริการพร้อมค่าบริการไว้ในที่เปิดเผย เห็นได้ชัดเจน	
๔.๘ มีแนวทางในการควบคุมดูแลป้องกัน ผู้รับบริการจากการถูกกระทำต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ รวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศ			มีมาตรการในการควบคุมดูแลป้องกัน ผู้สูงอายุจากการถูกกระทำต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ รวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศ	
๔.๙ มีบุคลากรเฝ้าระวังหรืออยู่เวรยามในตอนกลางคืนอย่างเหมาะสม (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือกิจการลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			มีบุคลากรเฝ้าระวังหรืออยู่เวรยามในตอนกลางคืน	
๔.๑๐ การรักษาความลับและการเปิดเผยข้อมูลผู้รับบริการ			มีนโยบาย/มาตรการ คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ลงนามโดยผู้รับอนุญาต	
๔.๑๑ ผู้รับบริการได้รับรู้กระบวนการและความก้าวหน้าการส่งเสริมสุขภาพ สิทธิผู้รับบริการและได้รับแจ้งค่าใช้จ่ายการรับบริการ			- สอบถามผู้รับบริการหรือญาติ - เอกสารหลักฐาน (ถ้ามี)	
๔.๑๒ มีระบบการส่งต่อกรณีเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน			มีเอกสารแสดงระบบการส่งต่อ ๑. รายชื่อสถานพยาบาล ๒. หมายเลขโทรศัพท์ ๓. รายละเอียดของผู้รับบริการ	
๔.๑๓ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู แก่ผู้รับบริการ (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย)			มีรายการ/ตาราง/เมนูการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู และการประคับประคองแก่ผู้รับบริการ	

มาตรฐานสถานประกอบการ	ผลการตรวจประเมิน		ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
๔.๑๔ มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู และการประคับประคองแก่ผู้รับบริการตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๒ มีที่พำนักอาศัย หรือลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			มีรายการ/ตาราง/เมนูการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู และการประคับประคองแก่ผู้รับบริการ	
๔.๑๕ สัดส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (เฉพาะกิจการลักษณะที่ ๓ มีการพักค้างคืน)			ผู้ให้บริการ ๑ คน ดูแลผู้รับบริการไม่เกิน ๕ คน	

ในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและคณะ ได้รับความยินยอมจากผู้รับอนุญาตหรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ผู้รับการตรวจประเมิน) โดยมีได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ อุปกรณ์หรือทรัพย์สินของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และมีได้กระทำการใดๆ อันเป็นการจงใจ ให้คำมั่นสัญญา ชูเชิญลอกหลวงหรือโดยมิชอบด้วยประการอื่น เพื่อจูงใจให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ข้อมูลรายละเอียด ตามบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit) ฉะนั้น ทั้งนี้ ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้อ่านข้อความทั้งหมดโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องตามที่ได้ให้ข้อมูลต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและคณะ (ผู้ตรวจประเมิน) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ หรือผู้แทน
ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
พยาน

วันที่ตรวจ.....

ส่งงานแก้ไขภายในวันที่.....

หมายเหตุ : เอกสารหลักฐานการแก้ไขส่งได้ที่ IDLine : @264vudka
หรือสแกน QR Code

