

**SAR 01-1**

**Basic EMS Agency**

**แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่**

**ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ขอรับการตรวจสอบ…………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **คำแนะนำในการใช้แบบฟอร์ม**  แบบฟอร์มนี้ ใช้สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ประสงค์จะขอยื่นความจำนงขอรับการตรวจประเมินเพื่ออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยให้ดำเนินการดังนี้  1. ประเมินความพร้อมของหน่วยงานของตนเอง และเตรียมเอกสารหรือหลักฐานให้พร้อมตามที่ระบุไว้ในแต่ละหัวข้อ โดยจะต้องระบุข้อมูลให้ครบทุกรายการ  2. ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง  ที่เป็นข้อมูลตามความเป็นจริงของหน่วยงาน  √ ในช่อง  “มี” กรณีที่มี/เป็นไปตามหลักเกณฑ์  √ ในช่อง  “ไม่มี” กรณีที่ไม่มี/ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์  √ ในช่อง  “ไม่สมบูรณ์” กรณี พบว่า มีข้อมูลตามหลักเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ แต่มีบางส่วนที่มีแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หากเลือกข้อนี้ ให้ระบุ ข้อมูลส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ในช่อง “หมายเหตุ”  3. หน่วยงานหรือองค์กรที่ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้แล้ว ประสงค์จะยื่นขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะยื่นได้เมื่อมีผลการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้พบว่า “มี” ในทุกรายการ  4. เมื่อประเมินความพร้อมของหน่วยงานตนเองแล้วพบว่ามีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในทุกรายการ และมีหลักฐานหรือเอกสารตามที่กำหนดครบถ้วน ให้ยื่นความจำนงขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และรอนัดวัน เวลา เพื่อทำการตรวจประเมิน ต่อไป  **แบบฟอร์มนี้ จะประกอบด้วย 2 ส่วน** ดังนี้  ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ  ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้  หมวด 1 ลักษณะหน่วยปฏิบัติการตามองต์ประอบการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน  หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่  หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ |



**SAR 01-1**

**Basic EMS Agency**

**แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่**

**ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

วันที่ยื่น………………………………………… วันที่ สสจ/กทม รับเรื่อง………………………..

| **ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ** |
| --- |
| 1. **ชื่อหน่วยปฏิบัติการ**………………………………………………………………………………………………….………………………… 2. **ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานหรือองค์กร** (สรุปสั้นๆ)   (ชื่อหน่วยงาน)…….เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์…………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  มีภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉิน อะไรบ้าง………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **3. ที่อยู่/สถานที่ตั้งหน่วยปฏิบัติการ** เลขที่……………หมู่ที่ถนน………….….…………ตำบล/แขวง…………………………อำเภอ/เขต……….…………จังหวัด………………………………………เบอร์โทรติดต่อ……………………………………  **4. จำนวนชุดปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติการภายใต้หน่วยปฏิบัติการ**  (ดูรายละเอียดหลักการคิดเพื่อระบุจำนวนชุดปฏิบัติการ ได้จากตัวอย่างจากเอกสารท้ายแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร)  4.1 จำนวนชุดปฏิบัติการการแพทย์พื้นฐาน………………ชุด  4.2 ผู้ปฏิบัติการทั้งหมด จำนวน……………คน ประกอบด้วย  (ก) หัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน……………..คน  (ข) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน……………คน  (ค) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน /ผู้ควบคุมเรือ(ถ้ามี) จำนวน……………/……………..คน  **5. พาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้หน่วยปฏิบัติการ**  **5.1พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก (**รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)  (ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน…………….คัน  (ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน…………….คัน  **5.2 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ**(เรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน) (ถ้ามี)  (ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน…………….ลำ  (ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน……...…….ลำ  **6. ผู้ให้ข้อมูล** (คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและประสานงานของหน่วยปฏิบัติการนั้น)  ***ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 1*** ชื่อ………….…………………………………โทรศัพท์………………………………………  E-mail……………………………………………………………..………………..………….  ***ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 2*** ชื่อ………….…………………………………โทรศัพท์………………………………………  E-mail………………………………………………………….…………………..…………. |

| **ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หลักเกณฑ์และเงื่อนไข** | **เอกสารหลักฐานสำคัญและจำเป็นที่ต้องแสดง** | **ข้อมูลของหน่วยฯ** | | | **หมายเหตุ** |
| **มี** | **ไม่มี** | **ไม่สมบูรณ์** |
| **ลักษณะของหน่วยงานที่จะเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ต้องมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้** | | | | | |
| ข้อ 1 เป็นหน่วยงานหรือองค์กรของรัฐหรือในกำกับของรัฐหรือของสภากาชาดไทยที่มีอำนาจหน้าที่หรือได้รับมอบหมายหรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์ | ถ้าเลือกข้อนี้ เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมคือ  - เอกสารแสดงการดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์ (อาจระบุไว้ในคำอธิบายลักษณะทั่วไปของหน่วยงานในส่วนที่ 1) |  |  |  |  |
| ข้อ 2 เป็นองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์หรือกฎหมายอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์ | 1. สำเนาหนังสือรับรองการ  จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล |  |  |  | ต้องแสดงหลักฐานให้ครบถ้วน ทั้ง 2 ข้อ จึงจะถือว่า “มี” |
| 2. เอกสารที่มีการระบุวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์ |  |  |  |
| **หมวดที่ 1 ลักษณะตามองค์ประกอบของการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน** | | | | | |
| **ข้อ 1: บุคลากร** | |  |  |  |  |
| **(1) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน**  มีผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน  **ชื่อ………………………………………………..**  ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ ดังนี้ | 1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริง |  |  |  |  |
| 2. คำสั่งแต่งตั้งหรือเอกสารมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| 1.1) มีประสบการณ์ปฏิบัติการแพทย์พื้นฐานนอกโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี | 1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ที่ที่มีการระบุรายชื่อ ประสบการณ์และข้อมูลของผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน |  |  |  |  |
| 1.2) ผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานตามมาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด | 1. สำเนาหลักฐานที่แสดงการผ่านการอบรมเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน |  |  |  |  |
| 1.3) เป็นผู้ปฏิบัติการ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งดังต่อไปนี้  (ก) กลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่า สาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.) หรือ  (ข) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ  (ให้ ระบุ “คุณวุฒิ”ในช่อง หมายเหตุ ) | 1. สำเนาประกาศนียบัตร (กรณีเป็นผู้ปฏิบัติการกลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (กรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ) ที่ยังไม่หมดอายุ |  |  |  | ผู้ปฏิบัติการกลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ สาขาใดสาขาหนึ่ง ดังต่อไปนี้   นฉพ   จฉพส.   จฉพ.   พฉพพ.   พฉพ.  ***ผู้ประกอบวิชาชีพ***   ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาฉุกเฉินการแพทย์   พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน   แพทย์ที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน  หมายเหตุ  ต้องมีคุณสมบัติและหลักฐานแสดงคุณสมบัติครบถ้วนทั้ง 3 ข้อ จึงจะถือว่า “มี” |
| **(2) หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน**  โดยเป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์  **มี จำนวนทั้งหมด ……………..คน**  (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด) | ต้องแสดงหลักฐานของทุกคน ดังนี้ |  |  |  | จำนวนหัวหน้าชุดต้องสอดคล้องกับจำนวนชุดปฏิบัติการตามข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4 |
| 1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ ของทุกคน |  |  |  |  |
|  | 2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดงรายชื่อและข้อมูลหัวหน้าชุดปฏิบัติการทั้งหมด ไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด |  |  |  |  |
|  | 3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริง |  |  |  |  |
| **(3) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์   ระดับพื้นฐาน** โดยเป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรสาขาไม่ต่ำกว่าอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.)  **มีจำนวนทั้งหมด……………………….คน**  (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด) | ต้องแสดงหลักฐานของ ทุกคน ดังนี้ |  |  |  | จำนวนผู้ช่วยหัวหน้าชุดต้องสอดคล้องกับจำนวนชุดปฏิบัติการตามข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4 |
| 1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ |  |  |  |  |
|  | 2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดงรายชื่อและข้อมูล พนักงานขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด |  |  |  |  |
| 3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริง |  |  |  |  |
| **(4) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**  **มีจำนวนทั้งหมด…………………….คน**  โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้  (โดยอาจเป็นบุคคลเดียวกับ ผู้ช่วยหัวหน้าชุด  ก็ได้ ให้ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด) | ต้องแสดงหลักฐานของ ทุกคน ดังต่อไปนี้ |  |  |  | กรณีการขอขึ้นทะเบียนครั้งแรกหน่วยปฏิบัติการที่ยังไม่มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการทำหน้าที่พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการดำเนินการจัดให้มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 3 ปี |
| 1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดงรายชื่อและข้อมูล พนักงานขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด |  |  |  |  |
| 2. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริงทุกคน |  |  |  |  |
| 4.1) เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ทุกคน | 1. สำเนาประกาศนียบัตร  ที่ยังไม่หมดอายุ ของ ทุกคน |  |  |  |  |
| 4.2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาลหรือหลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ทุกคน | 1. หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาลหรือหลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ของทุกคน |  |  |  |  |
| 4.3) ได้รับอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก ทุกคน | 1. สำเนาใบอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก ที่ยังไม่หมดอายุ ของทุกคน |  |  |  |  |
| **(5) บุคลากรสนับสนุน**  เป็นผู้ปฏิบัติการหรือไม่ก็ได้  **มีจำนวน………………..คน**  (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด) | 1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริง |  |  |  |  |
|  | 2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดงรายชื่อและข้อมูล บุคลากรสนับสนุนไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด |  |  |  |  |
|  | 3. หากเป็นผู้ปฏิบัติการให้แสดงหลักฐานสำเนาประกาศนียบัตร  ที่ยังไม่หมดอายุ |  |  |  |  |
| **สำหรับหน่วยปฏิบัติการเดิม** ที่ได้รับการประกาศงรายชื่อเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ 9 ผู้ปฏิบัติการที่เป็นหัวหน้าชุด ผู้ช่วยหัวหน้าชุด และพนักงานขับรถ อย่างน้อย 2 ใน 3 ของผู้ปฏิบัติการทั้งหมด แต่ละคนจะต้องมีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านมาอย่างน้อยเฉลี่ย เดือนละ 4 ครั้ง ในแต่ละไตรมาส | 1. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านมาของผู้ปฏิบัติการ ให้แสดงข้อมูลไว้ในแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการ  (Form EMS Personnel 01-1) |  |  |  | หน่วยที่ขออนุมัติใหม่ ไม่ต้องรายงานข้อนี้ |
| **ข้อ 2 : ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น** | |  |  |  |  |
| (1) จัดให้มีเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ดังนี้ | |  |  |  |  |
| 1.1) อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน | 1. แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์ ตามแบบแบบฟอร์มที่กำหนด (Form Equipment 01-1)  2. ภาพถ่ายแสดงให้เห็นถึงอุปกรณ์ที่มีในหน่วย ให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน (Form Equipment 01-1) |  |  |  | รายการอุปกรณ์/รูปถ่ายอุปกรณ์ตามจำนวนที่กำหนดขั้นต่ำ/ชุด |
| 1.2) อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน |  |  |  |
| 1.3) อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน |  |  |  |
| 1.4) อุปกรณ์การยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้าย |
| (2) มีระบบการบริหารจัดการเพื่อการบำรุงรักษา | 1. แสดงหลักฐานการจัดเก็บ บำรุงรักษา การทำความสะอาด อุปกรณ์ต่างๆ |  |  |  |  |
| (3) มีสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ที่เป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลักมาตรฐาน | 1. ภาพถ่ายสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency) |  |  |  |  |
| **ข้อ 3: พาหนะ** | |  |  |  |  |
| **(1) มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน………………..คัน**  รถทุกคันได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพฉ.ดังนี้ |  |  |  |  |  |
| 1.1) จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล | 1. หลักฐานการจดทะเบียนที่ระบุว่าเป็นรถที่จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล ของรถทุกคัน |  |  |  |  |
| 1.2) จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษีรถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้องครบถ้วน | 1. สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ  2. หลักฐานการต่อทะเบียน และการชำระภาษีรถยนต์ประจำปี หรือป้ายวงกลม |  |  |  |  |
| 1.3) ในกรณีเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทลำเลียงผู้ป่วยต้องจดทะเบียนเป็นรถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 | 1. หลักฐานการจดทะเบียนเป็นรถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ของรถทุกคันที่เป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทลำเลียงผู้ป่วย |  |  |  | กรณีที่รถยังไม่ได้รับการรับรอง ให้ยื่นขอรับรองรถพร้อมกับการยื่นขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการ |
| 1.4) การขอรับรองเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งแรก รถต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจากวันที่จดทะเบียน | 1. หนังสือที่แสดงว่าได้รับการรับรองมาตรฐานจาก สพฉ.แล้ว  2. คู่มือทะเบียนรถพร้อมเอกสารการยื่นขอรับรองรถตามที่ สพฉ กำหนด (กรณีที่รถยังไม่ได้รับการรับรอง) |  |  |  |  |
| 1.5) จัดให้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ (ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5) | 1. กรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ ของรถทุกคัน ที่ยังอยู่ในระยะคุ้มครอง |  |  |  |  |
| 1.6) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของรถ | 1. แบบตรวจสอบความพร้อมของประจำวัน ข้อมูลการตรวจเช็ครถตามระยะ |  |  |  | (หากไม่มี ไม่ต้องตอบข้อนี้) |
| **(2) พาหนะประเภทอื่น เช่น เรือ**  **มีจำนวน………………….ลำ** |  |  |  |  |  |
| 2.1) เรือทุกลำได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 1. เอกสารแสดงการได้รับการอนุญาต |  |  |  |  |
| 2.2) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเรือ | 1.แนวทางหรือวิธีปฏิบัติในการตรวจสอบความพร้อมของเรือ |  |  |  |  |
| 2.3) ผู้ควบคุมเรือ ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทย | 1. เอกสารแสดงการได้รับการอนุญาต |  |  |  |  |
| **ข้อ 4: การสื่อสารและสารสนเทศ** | |  |  |  |  |
| หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีเครื่องมือสื่อสารและระบบสารสนเทศ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ | |  |  |  |  |
| (1) โทรศัพท์เคลื่อนที่ /โทรศัพท์พื้นฐาน  จำนวน…………/…………เครื่อง | 1. ภาพถ่ายแสดงเครื่องมือสื่อสารที่ใช้ในหน่วยปฏิบัติการให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน (Form Picture for EMS Agency) |  |  |  |  |
| (2) ระบบอินเตอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณเพื่อรับคำสั่งและส่งข้อมูลกับหน่วยปฏิบัติการอำนวยการได้ |  |  |  |  | หากมีการใช้วิทยุคมนาคม แต่ยังไม่ขอเข้าร่วมตามระเบียบ สพฉ.ในวันที่ยื่นขออนุมัติขอให้รีบดำเนินการขอเข้าร่วมให้แล้วเสร็จ |
| (3) กรณีใช้ข่ายวิทยุสื่อสารวิทยุคมนาคมหรือวิทยุคมนาคมฯ ต้องได้รับการรับรองตามกฎหมายว่าด้วยวิทยุคมนาคมและระเบียบ สพฉ.ว่าด้วยการควบคุมการใช้วิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ พ.ศ.2562 และที่แก้ไขเพิ่มเติม | 1. หนังสือรับรองการเข้าร่วมเครือข่ายวิทยุคมนาคมฯ |  |  |  |  |
| **ข้อ 5 : อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก** | |  |  |  |  |
| หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency) | |  |  |  |  |
| (1) มีสถานที่ตั้งชัดเจน อาคารมีความมั่นคง แข็งแรง | 1. ภาพถ่ายสถานที่ตั้ง ทั้งภายนอกและภายใน |  |  |  |  |
| (2) มีสถานที่จอดพาหนะฉุกเฉินเท่ากับจำนวนพาหนะ | 1. ภาพถ่ายสถานที่จอดรถ/เรือ |  |  |  |  |
| (3) มีสถานที่ปฏิบัติงาน/ห้องพักสำหรับผู้ปฏิบัติการในช่วงเวลาที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน | 1. ภาพถ่ายห้องปฏิบัติงาน/ห้องปฏิบัติงาน/ห้องพักเวร |  |  |  |  |
| (4) มีสถานที่จัดเก็บยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่เหมาะสมตามมาตรฐาน | 1. ภาพถ่ายสถานที่/ห้องเก็บอุปกรณ์ของหน่วยปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| **หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่** |  |  |  |  |  |
| ข้อ 1.หน่วยปฏิบัติการมีเขตพื้นที่สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับการมอบหมายอย่างเป็นลายลักษณะอักษรจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น | 1. เอกสารแสดงเขตพื้นที่สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น |  |  |  |  |
| ข้อ 2 หน่วยปฏิบัติการมีการกำหนดช่วงเวลาสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ชัดเจน และได้รับความเห็นชอบเป็นลายลักษณะอักษรจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น | 1. เอกสารแสดงการระบุช่วงเวลาสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ผ่านความเห็นชอบหรือได้รับการมอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น |  |  |  | อาจเตรียมแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านมา |
| ข้อ 3 มีกระบวนการควบคุม กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการให้ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัด ตามระดับ ของตน | 1. เตรียมผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วย ฯ และ ผู้ปฏิบัติการ เพื่อรับการสัมภาษณ์จากผู้ตรวจสอบในวันที่ทำการตรวจประเมิน |  |  |  |  |
| ข้อ 4 มีมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสาธารณะ อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ |  |  |  |  |  |
| (1) มีระบบกำกับ ติดตามให้ผู้ปฏิบัติการทุกคนได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุภายในห้วงเวลาที่กำหนด เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่าผู้ปฏิบัตการยังคงมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน | 1. ทะเบียนฐานบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ โดยมีข้อมูลในส่วนของประกาศนียบัตรของผู้ปฏิบัติการทุกคนอยู่ในฐานข้อมูลดังกล่าวด้วย  2.หลักฐานแสดงถึงว่ามีการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ติดตามและปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา รวมถึงสถานะการต่ออายุประกาศนียบัตรของผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| (2) มีแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลงหรือกติกาเบื้องต้นสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการเป็นผู้ปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติงาน เช่น  - ด้านพฤติกรรมบริการที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ความมีระเบียบ วินัย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ความซื่อสัตย์  - ด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีระบบการแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบช่องทางการรายงานข้อมูลผู้ป่วยหากผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการทรุดลง | 1.เอกสารการปฐมนิเทศผู้ปฏิบัติงานใหม่ หรือเอกสารที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว หรือ  2. สัมภาษณ์ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน หรือผู้ปฏิบัติการ  3. แนวทางหรือวิธีปฏิบัติ (Protocol) ที่ใช้ในหน่วยปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| (3) มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค การดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์และพาหนะ | 1. เอกสารเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ  2. เตรียมผู้ปฏิบัติการเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ตรวจสอบในวันที่ตรวจประเมิน เกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อมีการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การจัดการขยะติดเชื้อ การทำความสะอาดอุปกรณ์ ยานพาหนะ เป็นต้น |  |  |  |  |
| (4) มีการให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายด้านความปลอดภัยและมีระบบการสื่อสารข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ทราบอย่างทั่วถึง | 1. เอกสารที่ระบุถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานและสาธารณะ หรือ  2. อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| (5) มีมาตรการดูแลสุขภาวะและสวัสดิภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น |  |  |  |  |  |
| - การได้รับวัคซีนที่จำเป็น | 1. ข้อมูลการได้รับวัคซีนของผู้ปฏิบัติงาน  2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| - การจัดตารางการหมุนเวียนผลัดเวร ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ | 1. ตารางเวร หรือ สุ่มสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| - สวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการ | - สัมภาษณ์ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| **หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ** | | | | | |
| ข้อ 1 มีระบบการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น  (ตามหมวด 2 ข้อ 2) | 1. แสดงข้อมูลระยะเวลาการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยปฏิบัติการนี้  2. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึงแนวทางการบริหารงานบุคคล |  |  |  |  |
| ข้อ 2 มีการจัดการระบบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในถูกสุขลักษณะและปลอดภัย | 1. ภาพถ่ายสถานที่ปฏิบัติงาน/ห้องพัก/ห้องน้ำ/สถานที่รับประทานอาหาร ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม  (Form Picture for EMS Unit)  2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ |  |  |  |  |
| ข้อ 3 มีการกำหนดเป้าหมายและงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน | 1. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึงเป้าหมายการดำเนินงานและการสนับสนุนงบประมาณ |  |  |  |  |
| ข้อ 4 มีการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานหรือบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่นนั้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ กพฉ.กำหนด | 1. หลักฐานแสดงความร่วมมือกับหน่วยงานหรืองค์กรอื่น เพื่อดำเนินงานหรือบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (หรืออาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร) |  |  |  |  |
| ข้อ 5 มีการดำเนินงานปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานตามการอำนวยการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการอย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ละสัปดาห์ | 1. ข้อมูลแสดงผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 เดือนย้อนหลังก่อนวันยื่นขอรับการตรวจ |  |  |  |  |
|  | 2. กรณีเป็นหน่วยใหม่ ให้เตรียมข้อมูลแสดงแผนการดำเนินงานและการบริหารจัดการเพื่อให้มีความพร้อมในการออกปฏิบัติการตลอดเวลาเมื่อได้รับการประสานจากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการในพื้นที่ (อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร) |  |  |  |  |

ข้าพเจ้า…(ชื่อ สกุล)……………………….…ซึ่งเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ ที่รับมอบหมายจากผู้บริหารของหน่วยงานหรือองค์กร ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบการยื่นขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดงข้างต้น เป็นข้อมูลจริงทุกประการ .

.................……………………………

( )

ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ

วันที่…………/………………/………………

ผู้ให้ข้อมูล