****

สำหรับ สสจ./กทม./หน่วยจัดการผลการตรวจเอกสาร

สมบูรณ์ ครบถ้วน

ขาดความสมบูรณ์ (ระบุ)…………………………………

วันรับเอกสาร………………………..

**แบบแสดงความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับสูง**

**………………………………………**

(ชื่อหน่วยงาน/องค์กร)…………………………...................มีความประสงค์ขอตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่เพื่ออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ ระดับสูง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยได้ยื่นเอกสารประกอบการขออนุมัติ มาพร้อมแบบฟอร์มนี้ ดังนี้

| **เอกสารประกอบการยื่นความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์** |
| --- |
| **ก.แบบฟอร์มประกอบการขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์** |
| แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง (SAR 01-2 Advance EMS Agency)  แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)  แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์ (Form Equipment 01-2)  แบบฟอร์มแสดงภาพถ่ายหน่วยปฏิบัติการ | ที่ตั้ง | พาหนะ อุปกรณ์ | สำเนาใบประกาศนียบัตร/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมของผู้บริหารหน่วยฯ ผู้ปฏิบัติการ และอื่นๆ (Form Picture for EMS Agency) |
| **ข. สำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง** |
| **1. ข้อมูลองค์กร**  **1.1 หน่วยงานหรือองค์กรของรัฐ**  เอกสารแสดงวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์  **1.2 องค์กรภาคเอกชน**  สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีองค์กรเอกชน) และมีการจดวัตถุประสงค์ด้านการแพทย์  ใบอนุญาตประกอบสถานพยาบาล (กรณีรพ.เอกชน)  **2. ข้อมูลบุคลากร**  **2.1 ผู้บริหารหน่วย**  สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง/เอกสารมอบหมายให้ทำหน้าที่ผู้บริหารงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กร  สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกาศนียบัตร โดยจัดเรียง   เอกสารตามลำดับรายชื่อในแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)  หนังสือรับรองประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากผู้บริหารองค์กร  หลักฐานการผ่านอบรมการบริหารฯของ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วย  **2.2 ผู้ปฏิบัติการ**  สำเนาใบประกาศนียบัตรของผู้ปฏิบัติการทุกคน (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)  **3.** **เอกสารเกี่ยวกับพาหนะทางบกต้องมีเอกสารการจดทะเบียน ดังนี้**  สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ (ต้องจดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐหรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล  สำเนาเอกสารต่อภาษีรถ (จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษีรถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้องครบถ้วน  จดทะเบียนเป็นรถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522  กรณีขออนุมัติเป็นหน่วยใหม่รถที่ใช้ประกอบการขออนุมัติต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจากวันที่จดทะเบียน  จัดให้้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ (สำเนากรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5)  **4. เอกสารเกี่ยวกับระบบสื่อสาร**  สำเนาใบอนุญาตใช้วิทยุสื่อสาร  หลักฐานการรับรองวิทยุคมนาคม (ถ้าได้รับการรับรอง)  ทะเบียนเครื่องมือสื่อสาร  **5. เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติการแพทย์**  สำเนาหนังสือคำสั่ง รายงานการประชุมร่วมกับผู้บริหารพื้นที่ หรือ MOU ที่ระบุพื้นที่ และช่วงเวลาที่ปฏิบัติการ  เอกสารระบุข้อกำหนดในการปฏิบัติการที่ระบุพื้นที่ปฏิบัติการ ช่วงเวลาปฏิบัติการ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามทางการแพทย์  เอกสารระบุบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ  ตัวอย่างบันทึกการตรวจสอบความพร้อมใช้รถ  ตัวอย่างบันทึกการตรวจเช็คอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์  ตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ ใม่ต้องแนบ)  แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และส่งต่อทางบกครอบคลุมความปลอดภัย  ของผู้ป่วย บุคลากร และสาธารณะ  แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อโรค  แนวทางการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์  แนวทางการจัดเวรเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติการ (ระยะเวลาในการอยู่เวร การพัก)  แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ครอบคลุมการถ่ายภาพการปฏิบัติการ  การจัดเก็บ และเผยแพร่ข้อมูล/เอกสาร  แนวทางการดูแลค่าชดเชยกรณีได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเสียชีวิต  ประกันอุบัติเหตุกลุ่มระบุรายชื่อผู้ปฏิบัติการ  ตารางเวรย้อนหลัง 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ไม่ต้องแนบ)  **6. เอกสารเกี่ยวกับการบริหารหน่วย**  แผนงบประมาณประจำปี  แผนการอบรม และพัฒนาบุคลากร  แผนอัตรากำลัง  แผนการตรวจสุขภาพประจำปี และตัวอย่างรายงานการตรวจสุขภาพ  ตัวอย่างการได้รับวัคซีน |

………………………………………………..

( )

ตำแหน่ง………………………………ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน

วันที่…………………………………………….