



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง

ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ขอรับการประเมิน.....

คำแนะนำในการใช้แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มนี้ ใช้สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ประสงค์จะขอยื่นความจำนงค์ขอรับการตรวจประเมินเพื่ออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง 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 ประสงค์จะยื่นขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง จะยื่นได้เมื่อมีผลการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้พบว่า “มี” ในทุกรายการ

4. เมื่อประเมินความพร้อมของหน่วยงานตนเองแล้วพบว่า มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในทุกรายการ และมีหลักฐานหรือเอกสารตามที่กำหนดครบถ้วน ให้ยื่นความจำนงค์ขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง โดยให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และรอนัดวัน เวลา เพื่อทำการตรวจประเมิน ต่อไป

แบบฟอร์มนี้ จะประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

หมวด 1 ลักษณะหน่วยปฏิบัติการตามองค์ประกอบเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง

หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่

หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง

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.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

4. จำนวนชุดปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติการภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

(ดูรายละเอียดหลักการคิดเพื่อระบุจำนวนชุดปฏิบัติการ ได้จากตัวอย่างจากเอกสารท้ายแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร)

4.1 จำนวนชุดปฏิบัติการการแพทย์ระดับสูง.....ชุด

4.2 ผู้ปฏิบัติการทั้งหมด จำนวน.....คน (นำข้อมูลที่สรุปจากแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรมาใส่) ประกอบด้วย

(ก) หัวหน้าชุด จำนวน.....คน

(ข) ผู้ช่วยหัวหน้าชุด จำนวน.....คน

(ค) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้ควบคุมเรือ(ถ้ามี) จำนวน...../.....คน

5. พาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

5.1 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก (รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

(ก) ประเภتلำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....คัน

(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....คัน

5.2 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ (เรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน) (ถ้ามี)

(ก) ประเภتلำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....ลำ

(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....ลำ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

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	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ลักษณะของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ต้องมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้					
ข้อ 1 เป็นหน่วยงานหรือองค์กรของรัฐหรือในกำกับของรัฐหรือของสภากาชาดไทยที่มีอำนาจหน้าที่หรือได้รับมอบหมายหรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์	ถ้าเลือกข้อนี้ เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมคือ - เอกสารแสดงการดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์ (อาจจะระบุไว้ในคำอธิบายลักษณะทั่วไปของหน่วยงานในส่วนที่ 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ต้องแสดงหลักฐานให้ครบถ้วน ทั้ง 2 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”
ข้อ 2 เป็นองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์หรือกฎหมายอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์	1. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล 2. เอกสารที่มีการระบุวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
หมวดที่ 1 ลักษณะตามองค์ประกอบของการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง					
ข้อ 1: บุคลากร					
(1) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ชื่อ..... ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ ดังนี้	1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการนั้นจริง				
	2. คำสั่งแต่งตั้งหรือเอกสาร มอบหมายให้ทำหน้าที่ เป็นผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วย ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1) มีประสบการณ์ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง นอกโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-2) ที่มีการระบุ รายชื่อ ประสบการณ์ และข้อมูลของผู้ที่เป็น ผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2) ผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการประเภท ปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงตามมาตรฐาน ที่ สพฉ. กำหนด	1. สำเนาหลักฐานที่แสดง การผ่านการอบรมเป็น ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติ การแพทย์ระดับสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3) เป็นผู้ปฏิบัติการ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (ก) กลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขานัก ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ.) หรือ (ข) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ให้ ระบุ “คุณวุฒิ” ในช่อง หมายเหตุ)					- ผู้ปฏิบัติการกลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ ไม่ต่ำกว่า สาขานักปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ <input type="checkbox"/> นฉพ. ผู้ประกอบวิชาชีพ <input type="checkbox"/> ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาศาสนาฉุกเฉิน การแพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีคุณสมบัติและหลักฐานแสดง คุณสมบัติครบถ้วนทั้ง 3 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นอย่างที่แสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ในสาขาไม่ต่ำกว่านัก ปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ (กรณีเป็นผู้ ปฏิบัติการกลุ่มช่วย ฉุกเฉินการแพทย์) หรือ ใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ (กรณีเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพ) ที่ยังไม่ หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. เอกสารที่แสดงการ รับรองว่าเป็น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการนั้นจริง				
	3. คำสั่งแต่งตั้งหรือเอกสาร มอบหมายให้ทำหน้าที่ผู้ บริหารงานการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วย ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง โดยเป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่า สาขา นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ.) มี จำนวนทั้งหมดคน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุก คน ดังนี้				1.จำนวนหัวหน้าชุดต้องสอดคล้องกับ จำนวนชุดปฏิบัติการตามข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 3
	1.สำเนาประกาศนียบัตร/ สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ ที่ยังไม่ หมดอายุ ของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นอย่างที่แสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	(Form EMS Personnel 01-2) ให้ แสดงรายชื่อและข้อมูล หัวหน้าชุดปฏิบัติการ ทั้งหมด ไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด				
	3. เอกสารที่แสดงการ รับรองว่าเป็น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการ นั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง โดยเป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรสาขาไม่ต่ำกว่า พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีจำนวนทั้งหมด.....คน (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุก คน ดังนี้				จำนวนผู้ช่วยหัวหน้าชุดต้องสอดคล้อง กับจำนวนชุดปฏิบัติการตามข้อมูลใน ส่วนที่ 1 ข้อ 3
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ ยังไม่หมดอายุของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-2) ให้ แสดงรายชื่อและข้อมูล ผู้ช่วยหัวหน้าชุดฯ ไว้ใน แบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. เอกสารที่แสดงการรับรอง ว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ ขึ้นทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการนั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(4) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด.....คน โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้ (อาจเป็นบุคคลเดียวกับ ผู้ช่วยหัวหน้าชุดก็ได้ ให้ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่ กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุก คน ดังต่อไปนี้				กรณีการขอขึ้นทะเบียนครั้งแรกหน่วย ปฏิบัติการที่ยังไม่มีผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรพนักงานขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในการทำหน้าที่ พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการดำเนินการจัดให้มี ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 3 ปี หลังการอนุมัติ
	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-2) ให้ แสดงรายชื่อและข้อมูล พนักงานขับรถไว้ใน แบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กรณีประกาศนียบัตรหมดอายุ อนุมัติ ให้และให้เข้าอบรมเปลี่ยนผ่าน ภายใน 1 ปี
	2. เอกสารที่แสดงการ รับรองว่าเป็น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการนั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.1) เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขา อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ทุกคน	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ ยังไม่หมดอายุ ของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาลหรือ หลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ทุกคน	1. หลักฐานการผ่านการ อบรมหลักสูตรการขับรถ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรถพยาบาลหรือ หลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นอย่างที่แสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
4.3) ได้รับอนุญาตขับขีว่าด้วยการจราจรทาง บก ทุกคน	1. สำเนาใบอนุญาตขับ รถยนต์ตามกฎหมายว่า ด้วยการจราจรทางบก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) บุคลากรสนับสนุน เป็นผู้ปฏิบัติการหรือไม่ก็ได้ มีจำนวน.....คน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	1. เอกสารที่แสดงการ รับรองว่าเป็น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของ หน่วยปฏิบัติการ นั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-2) ให้ แสดงรายชื่อและข้อมูล บุคลากรสนับสนุนไว้ใน แบบฟอร์ม ตามที่ กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. หากเป็นผู้ปฏิบัติการให้ แสดงหลักฐานสำเนา ประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
สำหรับหน่วยปฏิบัติการเดิมที่ได้รับการรับรอง รายชื่อตามข้อ ๙ ในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละ ครั้ง หน่วยปฏิบัติการต้องจัดให้มีชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีผู้ปฏิบัติการรวมไม่น้อยกว่า 3 คน ประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติตาม (2) จำนวน 1 คน และสมาชิกที่มีคุณสมบัติตาม (3) และ (4)	1. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ผ่านมาของผู้ ปฏิบัติการ ให้แสดง ข้อมูลไว้ในแบบฟอร์ม แสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หน่วยที่ขออนุมัติใหม่ ไม่ต้องรายงานข้อนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ						
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ	
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์		
ข้อ 2 : ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น						
(1) จัดให้มี ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ดังนี้						
(1.1) อุปกรณ์ป้องกันตนเองและความปลอดภัย	1. แบบฟอร์มแสดงรายการยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (Form Equipment 01-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- รายการอุปกรณ์/รูปถ่ายอุปกรณ์ตามจำนวนที่กำหนดขั้นต่ำ/ชุด	
(1.2) อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับประเณินและวินิจฉัย		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(1.3) อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ชั้นสูง และยาฉุกเฉินที่จำเป็น		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(1.4) อุปกรณ์การยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้าย	2. ภาพถ่ายแสดงให้เห็นถึงอุปกรณ์ที่มีในหน่วย ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Equipment 01-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(2) มีระบบการบริหารจัดการเพื่อการบำรุงรักษา	1. แสดงหลักฐานการจัดเก็บบำรุงรักษา การทำความสะอาด อุปกรณ์ต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(3) มีสถานที่จัดเก็บ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ที่เป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลักมาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ข้อ 3: พาหนะ						
(1) มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน.....คัน รถทุกคันได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพฉ.ดังนี้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
1.1) จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือ นิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึก ข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับ หน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล	1. หลักฐานการจดทะเบียนที่ ระบุว่าเป็นรถที่จด ทะเบียนในนามหน่วยงาน ของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มี บันทึกข้อตกลง หรือ สัญญาร่วมปฏิบัติการกับ หน่วยงานของรัฐ หรือนิติ บุคคล ของรถทุกคัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2) จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษี รถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้อง ครบถ้วน	1. สำเนาคู่มือทะเบียนรถ 2. หลักฐานการต่อทะเบียน และการชำระภาษีรถยนต์ ประจำปี หรือป้ายวงกลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 ในกรณีเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทลำเลียงผู้ป่วยต้องจดทะเบียน เป็นรถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522	1. หลักฐานการจดทะเบียน เป็นรถพยาบาลตาม กฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ของรถทุก คันที่เป็นรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทลำเลียงผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4) การขอรับรองเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งแรก รถต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจาก วันที่จดทะเบียน	1. หนังสือที่แสดงว่าได้รับ การรับรองมาตรฐานจาก สพฉ.แล้ว 2. คู่มือทะเบียนรถพร้อม เอกสารการยื่นขอรับรอง รถตามที่ สพฉ. กำหนด (กรณีที่รถยังไม่ได้รับการ รับรอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กรณีที่รถยังไม่ได้รับการ รับรอง ให้ยื่นขอรับรองรถ พร้อมกับการยื่นขออนุมัติเป็น หน่วยปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
1.5) จัดให้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ โดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรม์รถยนต์ (ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5)	1. กรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรม์รถยนต์ ของรถทุกคัน ที่ยังอยู่ในระยะคุ้มครอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของรถ	1. แบบตรวจสอบความพร้อมของประจำวัน ข้อมูลการตรวจเช็ครถตามระยะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) พาหนะประเภทอื่น เช่น เรือ มีจำนวน.....(ลำ)					(หากไม่มี ไม่ต้องตอบข้อนี้)
2.1) เรือทุกลำได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. เอกสารแสดงการได้รับการอนุญาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเรือ	1. แนวทางหรือวิธีปฏิบัติในการตรวจสอบความพร้อมของเรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3) ผู้ควบคุมเรือ ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทย	1. เอกสารแสดงการได้รับการอนุญาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 4: การสื่อสารและสารสนเทศ					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง จะต้องจัดให้มีเครื่องมือสื่อสารและระบบสารสนเทศ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างน้อย ดังต่อไปนี้					
(1) โทรศัพท์เคลื่อนที่ /โทรศัพท์พื้นฐาน จำนวน.....เครื่อง	1. ภาพถ่ายแสดงเครื่องมือสื่อสารที่ใช้ในหน่วยปฏิบัติการให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ					
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(2) ระบบอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมต่อ สัญญาณเพื่อรับคำสั่งและส่งข้อมูลกับ หน่วยปฏิบัติการอำนวยการได้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) กรณีใช้ข่ายวิทยุสื่อสารวิทยุคมนาคมหรือวิทยุ คมนาคมฯ ต้องได้รับการรับรองตามกฎหมาย ว่าด้วยวิทยุคมนาคมและระเบียบ สผ.ว่า ด้วยการควบคุมการใช้วิทยุคมนาคมแบบ ส่งเคราะห์ความถี่ พ.ศ.2562 และที่แก้ไข เพิ่มเติม	1. หนังสือรับรองการเข้า ร่วมเครือข่ายวิทยุ คมนาคมฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หากมีการใช้วิทยุคมนาคม แต่ยังไม่ขอ เข้าร่วมตามระเบียบ สผ.ในวันที่ยื่นขอ อนุมัติขอให้รับดำเนินการขอเข้าร่วมให้ แล้วเสร็จ
ข้อ 5 : อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง จะต้องจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)					
(1) มีสถานที่ตั้งชัดเจน อาคารมีความมั่นคง แข็งแรง	1. ภาพถ่ายสถานที่ตั้ง ทั้ง ภายนอกและภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) มีสถานที่จอดพาหนะฉุกเฉินเท่ากับจำนวน พาหนะ	1. ภาพถ่ายสถานที่จอดรถ/ เรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) มีสถานที่จัดเก็บยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่ จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่เหมาะสม ตามมาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่/ห้อง เก็บอุปกรณ์ของหน่วย ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) มีสถานที่ปฏิบัติงาน/ห้องพักสำหรับผู้ ปฏิบัติการในช่วงเวลาที่หมุนเวียนมา ปฏิบัติงาน	1. ภาพถ่ายห้องปฏิบัติงาน/ ห้องปฏิบัติงาน/ห้องพัก เวร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่					
ข้อ 1 หน่วยปฏิบัติการมีเขตพื้นที่สำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับการมอบหมาย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	1. แสดงเอกสารเขตพื้นที่ สำหรับการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ที่ได้รับมอบหมาย ผู้บริหารจัดการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินในระดับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น				
ข้อ 2 หน่วยปฏิบัติการมีการกำหนดช่วงเวลา สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ชัดเจน และได้รับความเห็นชอบเป็นลาย ลักษณะอักษรจากผู้บริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่นั้น	1. เอกสารที่แสดงการระบุ ช่วงเวลาสำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ผ่าน ความเห็นชอบหรือได้รับ การมอบหมายจาก ผู้บริหารจัดการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 3 มีกระบวนการควบคุม กำกับการ ปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการให้ ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัด ตาม ระดับของตน	1. เตรียมผู้บริหาร การแพทย์ฉุกเฉินของ หน่วยฯ และผู้ปฏิบัติการ เพื่อรับการสัมภาษณ์จาก ผู้ตรวจประเมินในวันที่ รับการตรวจประเมิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาจเตรียมแบบบันทึกรายงานการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านมา
ข้อ 4 มีมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสาธารณะ อย่างน้อย ดังต่อไปนี้					
(1) มีระบบกำกับ ติดตามให้ผู้ปฏิบัติการทุกคน ได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุภายในห้วง เวลาที่กำหนด เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่าผู้ปฏิบัติ การยังคงมีความรู้ความสามารถในการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อคุ้มครองความ ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน	1. ทะเบียนฐานข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ โดยมีข้อมูล ในส่วนของ ประกาศนียบัตรของผู้ ปฏิบัติการทุกคนอยู่ใน ฐานข้อมูลดังกล่าวด้วย 2. หลักฐานแสดงถึงว่ามี การมอบหมายเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ ติดตามและ ปรับปรุงข้อมูลให้เป็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา รวมถึงสถานะการต่อ อายุประกาศนียบัตร/ ใบอนุญาตของผู้ ปฏิบัติการ				
(2) มีแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลงหรือกติกา เบื้องต้นสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการ เป็นผู้ปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินและ ผู้ปฏิบัติงาน เช่น	1. เอกสารการปฐมพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานใหม่ หรือ เอกสารที่แสดงให้เห็นถึง การปฏิบัติในเรื่อง ดังกล่าว หรือ 2. สัมภาษณ์ผู้บริหาร การแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1) ด้านพฤติกรรมบริการที่พึงปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ความมีระเบียบ วินัย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ความซื่อสัตย์	1. ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับพฤติกรรม บริการ 2. ผลประเมินความพึง พอใจของผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2) ด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ การแพทย์ขั้นสูงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีการ นำแนวทางหรือวิธีปฏิบัติ (Protocol) มา ใช้ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน และมีแนว ทางการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติการรับทราบถึง แนวทางและวิธีปฏิบัติดังกล่าว	1. แนวทางหรือวิธีปฏิบัติ (Protocol) ที่ใช้ใน หน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการ ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค การ ดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์และพาหนะ	1. เอกสารเกี่ยวกับแนวทาง ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ 2. เตรียมผู้ปฏิบัติการ เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ตรวจสอบในวันที่ ตรวจสอบเกี่ยวกับการ ปฏิบัติเมื่อมีการนำส่ง ผู้ป่วยฉุกเฉิน การจัดการ ขยะติดเชื้อ การทำความสะอาด สะอาดอุปกรณ์ ยานพาหนะ เป็นต้น				
(4) มีการให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายด้าน ความปลอดภัยและมีระบบการสื่อสาร ข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ ทราบอย่างทั่วถึง	1. เอกสารที่ระบุถึงการให้ ความสำคัญเกี่ยวกับ มาตรการความปลอดภัย ทั้งกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานและสาธารณะ 2. อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) มีมาตรการดูแลสุขภาวะและสวัสดิภาพ ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น					
- การได้รับวัคซีนที่จำเป็น	1. ข้อมูลการได้รับวัคซีน ของผู้ปฏิบัติงาน 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้ ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- การจัดตารางการหมุนเวียนผลัดเวร ให้ ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ	1. ตารางเวร หรือ สุ่ม สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- สวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วย ปฏิบัติการ	1. สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
หมวดที่ 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ					
ข้อ 1 มีระบบการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้มี ผู้ปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามช่วงเวลาที่ได้รับ มอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบ	1. แสดงข้อมูลระยะเวลา การปฏิบัติงานของผู้ ปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียน กับหน่วยปฏิบัติการนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
การแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่นั้น (ตามหมวด 2 ข้อ 2)	2. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึง แนวทางการบริหารงาน บุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 2 มีการจัดการระบบสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในถูกสุขลักษณะและ ปลอดภัย	1. ภาพถ่ายสถานที่ ปฏิบัติงาน/ห้องพัก/ ห้องน้ำ/สถานที่ รับประทานอาหาร ให้ แสดงภาพถ่ายไว้ใน แบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency) 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 3 มีการกำหนดเป้าหมายและงบประมาณ สำหรับการดำเนินงาน	1. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึง เป้าหมายการดำเนินงาน และการสนับสนุน งบประมาณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 4 มีการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ดำเนินงานหรือบริหารจัดการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่นนั้น ให้เป็นไป ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข เกี่ยวกับการ ปฏิบัติหน้าที่ และมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ กพฉ.กำหนด	1. หลักฐานแสดงความ ร่วมมือกับหน่วยงานหรือ องค์กรอื่น เพื่อ ดำเนินงานหรือบริหาร จัดการระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน (หรืออาจ สัมภาษณ์ผู้บริหาร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 5 มีการดำเนินงานปฏิบัติการแพทย์ ระดับสูงตามการอำนวยการของหน่วย ปฏิบัติการอำนวยการอย่างน้อย 1 ครั้ง ในแต่ละเดือน	1. ข้อมูลแสดงผลการ ปฏิบัติงานที่ผ่านมา อย่างน้อย 1 เดือน ย้อนหลังก่อนวันยื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ					
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญ และจำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ขอรับการตรวจ				
	2. กรณีเป็นหน่วยใหม่ ให้ เตรียมข้อมูลแสดง แผนการดำเนินงานและ การบริหารจัดการเพื่อให้ มีความพร้อมในการออก ปฏิบัติการตลอดเวลา เมื่อได้รับการประสาน จากหน่วยปฏิบัติการ อำนาจการในพื้นที่ (อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ข้าพเจ้า (ชื่อ สกุล).....ซึ่งเป็นผู้ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินที่รับมอบหมายจากผู้บริหาร
ของหน่วยงาน ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบการยื่นขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง ขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดง
ข้างต้น เป็นข้อมูลจริงทุกประการ

.....

()

ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ

วันที่...../...../.....

ผู้ให้ข้อมูล