

**สำหรับหน่วยปฏิบัติการ**

**แบบฟอร์มการขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ**

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่  
และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

**.........................................................................................................................**

วันที่ ...............................................

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เรื่อง ขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ

ตามที่หน่วยงาน/องค์กร ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการประกาศรายชื่อให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ วรรคหนึ่ง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้ดำเนินการขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการตามประกาศฯ ดังกล่าวภายในหนึ่งปี แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดบางประการที่ยังไม่สามารถจัดให้หน่วยปฏิบัติการมีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในเวลาที่กำหนดได้

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ซึ่งเป็นผู้บริหารของหน่วยปฏิบัติการ ขอรายงานเหตุผลความจำเป็นเพื่อขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ สำหรับประกอบการพิจารณามายังท่าน ตามในผนวกแนบท้ายแห่งประกาศดังกล่าว ดังนี้

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป** |
| ๑. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ : …………………………………...............................……………  ๒. สถานที่ตั้ง : เลขที่..………… ตำบล………………. อำเภอ………………… จังหวัด….………………เบอร์โทร…………………………………..  ๓. มีความประสงค์ขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ระดับใด  ระดับพื้นฐาน ระดับสูง ระดับเฉพาะทาง  ๔. หน่วยปฏิบัติการของท่าน มีชุดปฏิบัติการในสังกัด จำนวน …………….ชุด  ๕. หน่วยปฏิบัติการได้กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงานอย่างไร  หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๘ ชั่วโมง วันละ ๓ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี  หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๑๒ ชั่วโมง วันละ ๒ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี  จัดในรูปแบบอื่น (โปรดระบุ) ………………………………………………………………………….. |

| **ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอยกเว้น** (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน) |
| --- |
| **๖. บุคลากรยังมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด/จำนวนไม่เพียงพอ** ดังนี้  ๖.๑ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน  ยังไม่มีผู้ที่มีคุณวุฒิตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน  ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึง ๓ ปี  ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้บริหารหน่วยตามที่ สพฉ. กำหนด  ๖.๒ ผู้ทำหน้าที่หัวหน้าชุด (มีจำนวน …………..คน)  ยังไม่มีผู้ที่มีคุณวุฒิตามที่กำหนดสำหรับการเป็นหัวหน้าชุด  ๖.๓ ผู้ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าชุด (มีจำนวน …………..คน )  ยังไม่มีผู้ที่มีคุณวุฒิตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุด  ๖.๔ ผู้ทำหน้าที่พนักงานขับรถ (มีจำนวน …………..คน)  ยังไม่มีผู้ที่มีคุณวุฒิตามที่กำหนด / ไม่มีใบอนุญาตขับขี่หรือขาดต่ออายุ  ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถหรือผ่านเป็นบางคน  **๗. อุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่จำเป็น** (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)  ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน  ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย  ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเอง และความปลอดภัย  **๘. พาหนะ**  ไม่มีพาหนะหรืออยู่ระหว่างการจัดหาให้มี  ทุกคัน/บางคันยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพฉ. / ไม่ได้รับอนุญาต  **๙. ระบบสื่อสารและสารสนเทศ** (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)  ไม่มีวิทยุสื่อสาร  มีวิทยุสื่อสารแต่ไม่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิทยุคมนาคม และระเบียบ สพฉ.  ไม่มีระบบอินเตอร์เน็ต  ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่  **๑๐. อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก**  ยังไม่มีสถานที่ตั้งที่ชัดเจน หรืออาคารที่ตั้งไม่มั่นคงแข็งแรงพอ  ไม่มีที่จอดรถหรือมีไม่เพียงพอกับจำนวนรถ  **๑๑. เหตุผลและความจำเป็นอื่น (ถ้ามี)**  (โปรดระบุ…………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

ทั้งนี้ โดยขอยกเว้นลักษณะบางประการทั้งหมด………………..ข้อ และได้แนบหลักฐานแบบฟอร์มแสดงลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วย ฯ (SAR) เอกสารที่เกี่ยวข้อง และแบบคำขอยกเว้นมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการในสังกัดที่ข้าพเจ้ารับผิดชอบ และเป็นความจริงทุกประการ

|  |
| --- |
| **สำหรับเลขานุการคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์** |
| ได้รายงานข้อมูลการขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการนี้ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กทม. แล้ว เห็นควรเสนอต่อคณะอนุกรรมการฉุกเฉินการแพทย์ (ผ่านเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) เพื่อพิจารณา ต่อไป  ลงชื่อ................................................................  (...............................................................)  ตำแหน่ง ………………………………………………………. |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....................................................

(....................................................)

ตำแหน่ง……………………….........……………..

ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ