



สำหรับ สสจ./กทม./หน่วยจัดการ
ผลการตรวจเอกสาร
☐ สมบูรณ์ ครบถ้วน
☐ ขาดความสมบูรณ์
(ระบุ).....
วันรับเอกสาร.....

แบบแสดงความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับสูง

.....

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

เอกสารประกอบการยื่นความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์
ก.แบบฟอร์มประกอบการขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์
<input type="checkbox"/> แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง (SAR 01-2 Advance EMS Agency)
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์ (Form Equipment 01-2)
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแสดงภาพถ่ายหน่วยปฏิบัติการ ที่ตั้ง พาหนะ อุปกรณ์ สำเนาใบประกาศนียบัตร/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมของผู้บริหารหน่วยฯ ผู้ปฏิบัติการ และอื่นๆ (Form Picture for EMS Agency)
ข. สำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง
1. ข้อมูลองค์กร
1.1 หน่วยงานหรือองค์กรของรัฐ
<input type="checkbox"/> เอกสารแสดงวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านปฏิบัติการแพทย์
1.2 องค์กรภาคเอกชน
<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีองค์กรเอกชน) และมีการจัดวัตถุประสงค์ด้านการแพทย์
<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตประกอบสถานพยาบาล (กรณีรพ.เอกชน)
2. ข้อมูลบุคลากร
2.1 ผู้บริหารหน่วย
<input type="checkbox"/> สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง/เอกสารมอบหมายให้ทำหน้าที่ผู้บริหารงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กร

เอกสารประกอบการยื่นความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์

☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกาศนียบัตร โดยจัดเรียงเอกสารตามลำดับรายชื่อในแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)

☐ หนังสือรับรองประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากผู้บริหารองค์กร

☐ หลักฐานการผ่านอบรมการบริหารฯ ของ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วย

2.2 ผู้ปฏิบัติการ

☐ สำเนาใบประกาศนียบัตรของผู้ปฏิบัติการทุกคน (ในกรณีที่ เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)

3. เอกสารเกี่ยวกับพหุทางบกต้องมียเอกสารการจดทะเบียน ดังนี้

☐ สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ (ต้องจดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐหรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล

☐ สำเนาเอกสารต่อภาษีรถ (จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษีรถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้องครบถ้วน

☐ จดทะเบียนเป็นรถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522

☐ กรณีขออนุมัติเป็นหน่วยใหม่รถที่ใช้ประกอบการขออนุมัติต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจากวันที่จดทะเบียน

☐ จัดให้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมีความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ (สำเนากกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5)

4. เอกสารเกี่ยวกับระบบสื่อสาร

☐ สำเนาใบอนุญาตใช้วิทยุสื่อสาร

☐ หลักฐานการรับรองวิทยุคมนาคม (ถ้าได้รับการรับรอง)

☐ ทะเบียนเครื่องมือสื่อสาร

5. เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติการแพทย์

☐ สำเนาหนังสือคำสั่ง รายงานการประชุมร่วมกับผู้บริหารพื้นที่ หรือ MOU ที่ระบุพื้นที่ และช่วงเวลาปฏิบัติการ

☐ เอกสารระบุข้อกำหนดในการปฏิบัติการที่ระบุพื้นที่ปฏิบัติการ ช่วงเวลาปฏิบัติการ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามทางการแพทย์

☐ เอกสารระบุบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ

☐ ตัวอย่างบันทึกการตรวจสอบความพร้อมใช้รถ

☐ ตัวอย่างบันทึกการตรวจเช็คอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์

☐ ตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ ไม่ต้องแนบ)

☐ แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และส่งต่อทางบกครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสาธารณะ

☐ แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

เอกสารประกอบการยื่นความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์

- ☐ แนวทางการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์
- ☐ แนวทางการจัดเวรเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติการ (ระยะเวลาในการอยู่เวร การพัก)
- ☐ แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ครอบคลุมการถ่ายภาพการปฏิบัติการ การจัดเก็บ และเผยแพร่ข้อมูล/เอกสาร
- ☐ แนวทางการดูแลค่าชดเชยกรณีได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเสียชีวิต
- ☐ ประกันอุบัติเหตุกลุ่มระบุรายชื่อผู้ปฏิบัติการ
- ☐ ตารางเวรย้อนหลัง 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ไม่ต้องแนบ)

6. เอกสารเกี่ยวกับการบริหารหน่วย

- ☐ แผนงบประมาณประจำปี
- ☐ แผนการอบรม และพัฒนาบุคลากร
- ☐ แผนอัตราค่าจ้าง
- ☐ แผนการตรวจสอบคุณภาพประจำปี และตัวอย่างรายงานการตรวจสอบคุณภาพ
- ☐ ตัวอย่างการได้รับวัคซีน

.....

()

ตำแหน่ง.....ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน

วันที่.....