

ที่ มส.๐๐๓๓.๐๐๘/ว ๗๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส. ๕๘๐๐๐

๒๓

เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ทบทวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาล
ในเรือนจำและทัณฑสถาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสวาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑.แบบคำขอการขึ้นทะเบียนฯ (สสป.ขบ.๐๑)	จำนวน	๑	ชุด
	๒.แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนฯ (สสป.ขบ.๐๒)	จำนวน	๑	ชุด

ตามที่ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เปิดให้มีการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ทั้งนี้ทางกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ มีความประสงค์ให้สถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ขอความอนุเคราะห์ท่านหรือผู้รับผิดชอบงานทบทวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลในเรือนจำตามบริบทและความพร้อมของพื้นที่ หากมีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลในเรือนจำเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ สามารถส่งเอกสารขอขึ้นทะเบียนฯ มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวรัญญู จำนงประสาทร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๐

โทรสาร ๐ ๕๓๖๑ ๑๓๒๔

จังหวัด	ที่	รายชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย	รหัส	ที่	สถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน	รหัส	จำนวนผู้ต้องขัง (คน) ณ 1 เม.ย 67
พิษณุโลก	57	รพ.วังทอง	11256	72	เรือนจำกลางพิษณุโลก	22757	5,011
				73	เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก	22795	2,490
				74	ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก	22863	769
เพชรบุรี	58	รพ.แก่งกระจาน	11314	75	เรือนจำกลางเพชรบุรี	22771	2,472
เพชรบูรณ์	59	รพ.เพชรบูรณ์	10727	76	เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์	22796	1,582
	60	รพ.หล่มสัก	11265	77	เรือนจำอำเภอหล่มสัก	22846	1,216
แพร่	61	รพ.แพร่	10715	78	เรือนจำจังหวัดแพร่	22797	1,378
ภูเก็ต	62	รพ.ถลาง	11356	79	เรือนจำจังหวัดภูเก็ต	22798	3,738
มหาสารคาม	63	รพ.มหาสารคาม	10707	80	เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม	22793	1,863
มุกดาหาร	64	รพ.มุกดาหาร	10712	81	เรือนจำจังหวัดมุกดาหาร	22799	1,678
แม่ฮ่องสอน	65	รพ.ศรีสังวาลย์	10719	82	เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน	22801	544
	66	รพ.แม่สะเรียง	11205	83	เรือนจำอำเภอแม่สะเรียง	22840	277
ยโสธร	67	รพ.ยโสธร	10701	84	เรือนจำจังหวัดยโสธร	22802	1,356
ยะลา	68	รพ.ยะลา	10684	85	เรือนจำกลางยะลา	22751	2,069
	69	รพ.เบตง	10749	86	เรือนจำอำเภอเบตง	22833	271
ร้อยเอ็ด	70	รพ.ร้อยเอ็ด	10708	87	เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด	22804	2,154
				88	สถานกักขังกลางจังหวัดร้อยเอ็ด	41376	149
ระนอง	71	รพ.ระนอง	10743	89	เรือนจำจังหวัดระนอง	22803	1,400
ระยอง	72	รพ.บ้านค่าย	10831	90	เรือนจำกลางระยอง	22759	5,932
	73	รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ	10827	91	ทัณฑสถานเปิดห้วยโป่ง	22858	353
ราชบุรี	74	รพ.ราชบุรี	10677	92	เรือนจำกลางเขาบิน	22743	2,507
				93	เรือนจำกลางราชบุรี	22760	3,841
ลพบุรี	75	รพ.พระนารายณ์มหาราช	10690	94	เรือนจำกลางลพบุรี	22761	2,189
	76	รพ.ชัยบาดาล	10791	95	เรือนจำอำเภอชัยบาดาล	40909	1,074

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (Cluster)

(กรณี กำหนด Cluster ให้คำนึงถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย)

- เขตสุขภาพที่.....
- จังหวัด.....
- อำเภอ.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (แม่ข่าย Cluster).....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท 2 (Cluster)

- เลขบัตรประชาชน.....
- (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
- ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
- รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- เบอร์โทรศัพท์.....(กรอกหมายเลข10หลัก)

ส่วนที่ 3 รายละเอียด แม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อแม่ข่าย(หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- รหัส 7 หลัก (หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- ชื่อ-นามสกุลผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
 - ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 4 รายละเอียดหน่วยบริการภายใน

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของ กยผ.)
- ชื่อหน่วยบริการภายใน.....
- วัน/เดือน/ปีที่เปิดดำเนินการ.....
- ประชากร (ให้ใช้สถิติประชากรตามทะเบียนราษฎร์)
 - ประชากรสิทธิ UC(UCS+WEL).....(กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิ ข้าราชการ(OFC).....(กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิ ประกันสังคม(SSS)..... (กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิพนักงานท้องถิ่น(LGO)..... (กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรไร้สิทธิ(กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรแรงงานต่างด้าว(NRD)..... (กรอกจำนวนคน)

(เฉพาะประชากรแรงงานต่างด้าว จะไม่นับรวมกับสิทธิอื่นๆ)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

● ชื่อ-สกุลแพทย์

1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

(การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)

วุฒิการศึกษา (ให้แนบวุฒิบัตรแพทย์ในการส่งหลักฐานการขึ้นทะเบียน)

- วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
- อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
- ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัย รุ่นที่.....
(กรอกเลขรุ่น)
- Basic Course ผ่านเขตสุขภาพที่.....
- อบรม *** (หากแพทย์อบรม จะไม่นับเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนแล้ว แต่สามารถขึ้นทะเบียนรอในระบบไว้ได้)**

● ชื่อ-สกุลพยาบาล (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)

- 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 2) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 3) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 4) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 5) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 6) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 7) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 8) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 9) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)
- 10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

● ชื่อ-สกุลนักวิชาการ (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)

- 1) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....

- [illegible]

10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง..... ระดับชั้น/ระดับ..... (กรุณารับตัวอักษร 13 ตัว)

5) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง รัชสัทธโร รัชชาชน (กรกรรหัทธโร 13หลัก)

3) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นระบุ).....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

7) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

8) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

9) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

10) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร13หลัก)

แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗)

วันที่ตรวจประเมิน วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ รายละเอียดการตรวจประเมิน

การตรวจประเมิน

- ☐ หน่วยบริการประเมินตนเอง
☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมิน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

๒.๑ รายละเอียดทั่วไป

- ☐ ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....
☐ ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

รหัสหน่วยบริการ ๗ หลัก

สถานที่ตั้ง เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... อีเมลล์.....

ขนาดสถานบริการ.....

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก

จำนวนประชากรต่อหน่วยบริการแยกตามสิทธิประโยชน์ (DBPOP)

- | | | |
|--|-------------|----|
| ☐ สิทธิ UC | จำนวน | คน |
| ☐ สิทธิข้าราชการ | จำนวน | คน |
| ☐ สิทธิพนักงานท้องถิ่น | จำนวน | คน |
| ☐ สิทธิและกันสังคม | จำนวน | คน |
| ☐ สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ระบุ..... | จำนวน | คน |
| ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... | จำนวน | คน |

รวมทั้งสิ้นจำนวนคน

๒.๒ สังกัด

- ☐ รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ☐ นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม
- ☐ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ ระบุกระทรวง.....
 - ☐ สังกัดย่อย.....
- ☐ เอกชน
- ☐ ชื่อบริษัท/เจ้าของกิจการ.....
 - ☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานบริการ เลขที่.....
 - ☐ ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล เลขที่.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประโยชน์ ตนเอง		ผลประโยชน์ คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
ส่วนที่ ๑ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีดังนี้					
๑.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน					
๑.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๔ มีป้ายชื่อแพทย์แหวนหน้าห้องตรวจ ชัดเจน					
๑.๕ มีโครงสร้างบุคลากรในหน่วยบริการ ชัดเจน					
ส่วนที่ ๒ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ					
๒.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)					
๒.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ					
๒.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ					
๒.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการ สำรองข้อมูล					
ส่วนที่ ๓ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้ง ให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป					
๓.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน					
๓.๒ มีตารางการปฏิบัติงาน/การให้บริการที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๔ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อย					
๔.๑ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการ เช่น งบประมาณ เวชภัณฑ์ เป็นต้น					
๔.๒ มีแผนดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในชุมชน สถานประกอบการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ					
๔.๓ มีบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน					
๔.๔ มีแผนในการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพ เชิงรุกในชุมชน สถานประกอบการ					
๔.๕ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง					
๔.๖ บริการควบคุมโรค ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
๔.๗ มีการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ประชาชนใน ชุมชน สถานประกอบการ มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ของตนเองและครอบครัว					
๔.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและ ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรค ภายในชุมชน สถานประกอบการ					
ส่วนที่ ๕ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น					
๕.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิที่ชัดเจน					

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
๕.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีทางเข้า – ออก ที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๖ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ					
๖.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย ในการจัดบริการแต่ละด้าน แยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม					
๖.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อาคารถ่ายเทได้สะดวก					
๖.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชาชนที่เข้ารับบริการ					
๖.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น เพียงพอ และถูกจัดไว้ในพื้นที่ ที่เหมาะสมรวมทั้งมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ					
๖.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการ สามารถค้นหาง่าย					
๖.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพ และสารเคมี					
๖.๗ ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยัง หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น					
๖.๘ มีการจัดแบ่งพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนเชื้อ เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค ในหน่วยบริการที่ชัดเจน					
๖.๙ มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอยและนำไปกำจัด ตามมาตรฐานที่กำหนด					
๖.๑๐ มีแผนในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐±๒,๐๐๐ คนหรือตามบริบทของพื้นที่					

รายชื่อทีมตรวจประเมิน

๑.	หัวหน้าทีมตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๒.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๓.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๔.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๕.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๖.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๗.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๘.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๙.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๐.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๑.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
.....
(.....)

สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

☐

ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ)

☐

ไม่ผ่าน

แนวทางพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข

.....

.....

.....

.....

หัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน

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

รับทราบผลการตรวจประเมิน

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

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ