



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

แบบแสดงความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน

.....

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น 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) และมีการจัดวัตถุประสงค์ด้านการแพทย์
☐ ใบอนุญาตประกอบสถานพยาบาล (กรณีรพ.เอกชน)
2. ข้อมูลบุคลากร
2.1 ผู้บริหารหน่วย
☒ สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง/เอกสารมอบหมายให้ทำหน้าที่ผู้บริหารงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กร
☒ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกาศนียบัตร โดยจัดเรียงเอกสารตามลำดับรายชื่อในแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร (Form EMS Personnel 01-2)
☒ หนังสือรับรองประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากผู้บริหารองค์กร
☒ หลักฐานการผ่านการอบรมการบริหารฯ ของ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วย
2.2 ผู้ปฏิบัติการ
☒ สำเนาใบประกาศนียบัตรของผู้ปฏิบัติการทุกคน (ในกรณีที่ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)

เอกสารประกอบการยื่นความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์

3. เอกสารเกี่ยวกับพหุทางบกต้องมีเอกสารการจดทะเบียน 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 และช่วงเวลาที่ปฏิบัติการ
- ☒ เอกสารระบุข้อกำหนดในการปฏิบัติการที่ระบุพื้นที่ปฏิบัติการ ช่วงเวลาปฏิบัติการ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามทางการแพทย์
- ☒ เอกสารระบุบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ
- ☒ ตัวอย่างบันทึกการตรวจสอบความพร้อมใช้รถ
- ☒ ตัวอย่างบันทึกการตรวจเช็คอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์
- ☒ ตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ ไม่ต้องแนบ)
- ☒ แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และส่งต่อทางบกครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสาธารณะ
- ☒ แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการป้องกัน และลดการแพร่กระจายเชื้อโรค
- ☒ แนวทางการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์
- ☒ แนวทางการจัดเวรเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติการ (ระยะเวลาในการอยู่เวร การพัก)
- ☒ แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ครอบคลุมการถ่ายภาพการปฏิบัติการ การจัดเก็บ และเผยแพร่ข้อมูล/เอกสาร
- ☒ แนวทางการดูแลค่าชดเชยกรณีได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเสียชีวิต
- ☒ ประกันอุบัติเหตุกลุ่มระบรายชื่อผู้ปฏิบัติการ
- ☒ ตารางเวรย้อนหลัง 3 เดือน (กรณีหน่วยใหม่ไม่ต้องแนบ)

6. เอกสารเกี่ยวกับการบริหารหน่วย

- ☒ แผนงบประมาณประจำปี
- ☒ แผนการอบรม และพัฒนาบุคลากร
- ☒ แผนอัตรากำลัง
- ☐ แผนการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และตัวอย่างรายงานการตรวจสอบสุขภาพ
- ☒ ตัวอย่างการได้รับวัคซีน

.....
(นายชาคริต สมปัญญา)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ชำนาญงาน

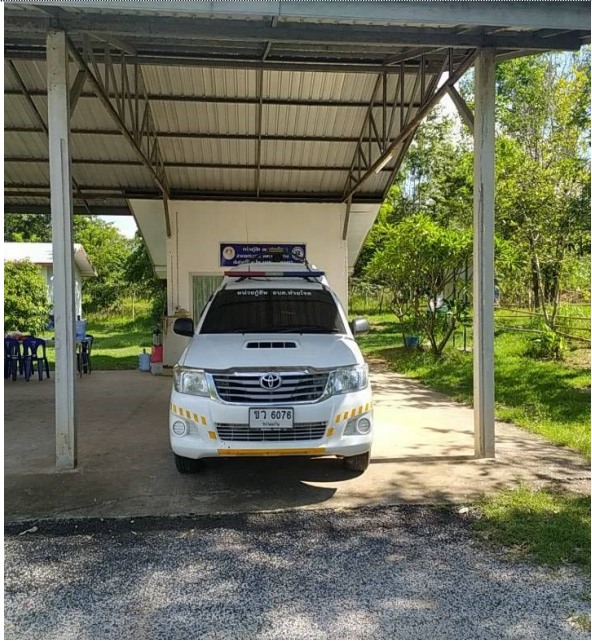
ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน

วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2566



แบบฟอร์มแสดงภาพถ่าย

หน่วยปฏิบัติการ | ที่ตั้ง | พาหนะ อุปกรณ์

แบบฟอร์มแสดงภาพถ่าย ข้อกำหนด	ภาพประกอบภายใต้หน่วยปฏิบัติการ
1 สถานที่ตั้งหน่วยปฏิบัติการ 1.ภาพถ่ายที่ตั้งหน่วยฯ ด้านหน้า 1 ภาพที่เห็นชื่อ หน่วยงานชัดเจน	
2 ที่จอดรถหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1. ภาพถ่ายที่จอดรถนะ สนับสนุนปฏิบัติการอำนวยความสะดวก ตามจำนวนพาหนะที่ได้รับการ รับรอง	

แบบฟอร์มแสดงภาพถ่าย ข้อกำหนด	ภาพประกอบภายใต้หน่วยปฏิบัติการ
2. ภาพถ่ายรถ/เรือ/อากาศยาน ตามจำนวนรถ/เรือ/อากาศยาน ที่ได้รับการรับรอง	
3 ภาพถ่ายสถานที่ ที่พักสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติการ	
1. ภาพถ่ายห้องปฏิบัติการ/ห้อง ทำงานของบุคลากร	

แบบฟอร์มแสดงภาพถ่าย ข้อกำหนด	ภาพประกอบภายใต้หน่วยปฏิบัติการ
2. ภาพถ่ายเครื่องมือสื่อสาร ภายในหน่วยฯ	 
4 มีสถานที่และอุปกรณ์ในการจัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น	
1. ภาพถ่ายสถานที่/ห้องเก็บ อุปกรณ์ของหน่วยปฏิบัติการ	

แบบฟอร์มแสดงภาพถ่าย ข้อกำหนด	ภาพประกอบภายใต้หน่วยปฏิบัติการ
5	รายการอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และองค์ประกอบอื่นที่สนับสนุนปฏิบัติการอำนวยความสะดวก
- ภาพอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และองค์ประกอบอื่น	

หมายเหตุ : แบบฟอร์ม แสดงภาพถ่าย หน่วยปฏิบัติการ | ที่ตั้ง | พาหนะ อุปกรณ์ (Form Picture for EMS Agency)
ใช้สำหรับหน่วยปฏิบัติการทุกระดับ



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
National Institute for Emergency Medicine

หน่วยกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

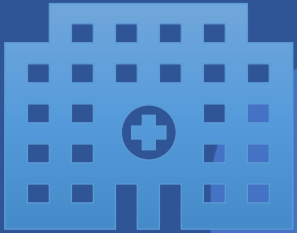


ยินดีต้อนรับ
ผู้ตรวจรับรอง
หน่วยปฏิบัติการ

วันที่ 24 สิงหาคม 2566



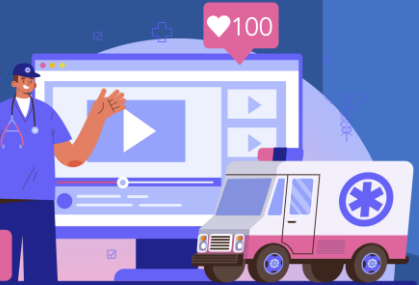
หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด



วัตถุประสงค์การจัดตั้งหน่วย :

- เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและอาการป่วยที่อาจส่งผลถึงชีวิตได้
- เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มาตรฐานการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน :
- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยต่างๆ
- ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินต่างๆ
- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากรถ

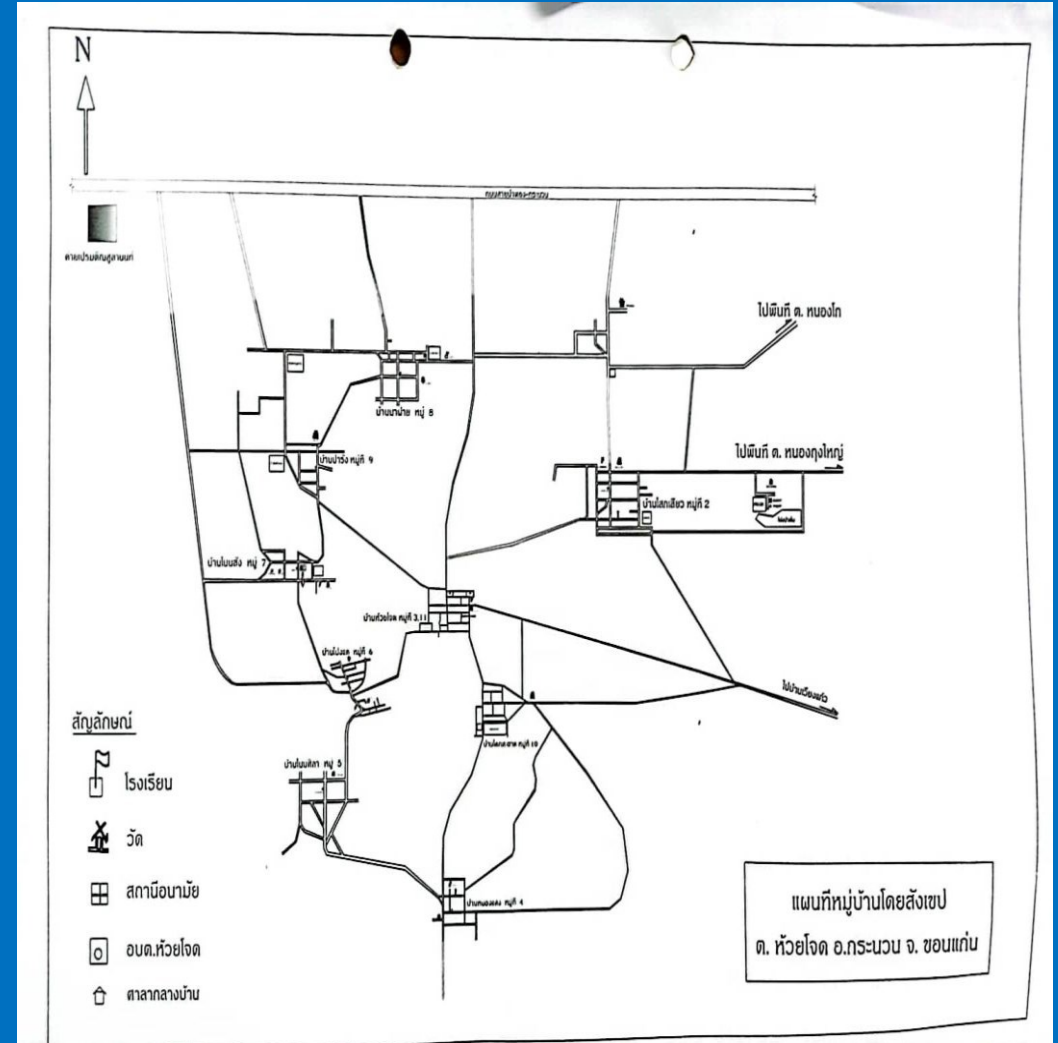
Video Blog





ที่ตั้ง :

- องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด หมู่ที่ 10 ถนน โยธาธิการ 5048 ตำบลห้วยโจด อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น
- พื้นที่รับผิดชอบ :
- มี 11 หมู่บ้าน
- หมู่ที่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11





ประวัติ :

เนื่องด้วย ปี พ.ศ.2559 เขตพื้นที่
ตำบลห้วยโจดอำเภอกระนวน ยังไม่มี
หน่วยงานใดที่รับหน้าที่เกี่ยวกับงาน
ด้านงานกู้ภัยเลย ด้วยการนำของ
นายพิทักษ์ ตามบุญ นายกองค์การ
บริหารส่วนตำบลห้วยโจดได้เล็งเห็น
ความสำคัญจึงได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพ
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด
ขึ้นจนถึงปัจจุบัน

Call Online



สำเนาฉบับนี้

ที่ ขก ๗๖๔๐๑/๙๗๗

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด
อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ๔๐๑๗๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพ จำนวน ๒ ชุด
๒. หลักฐานการขึ้นทะเบียนรถกู้ชีพ จำนวน ๒ ชุด
๓. หลักฐานการขึ้นทะเบียนเจ้าหน้าที่ จำนวน ๒ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด เป็นองค์กรที่มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมเป็นหน่วยงาน
ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติงานได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานจาก
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด จึงขอสมัครขึ้นทะเบียน รหัส เพื่อให้เป็นไปตาม
ระเบียบของทางราชการ และใช้เป็นรหัสประจำตัวผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหาร
ส่วนตำบลห้วยโจด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการพิจารณาจากท่านด้วยดีเช่นเคย ผลเป็นประการใดโปรดแจ้ง
ให้ทราบด้วย เพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิทักษ์ ตามบุญ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
โทร.๐ ๔๓๒๑ ๐๗๔๘

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
ผู้ว่าราชการอำเภอ
นายก อบจ.ขอนแก่น



บุคลากร:

❖ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน
- นายชาคริต สมปัญญา
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานป้องกันฯ

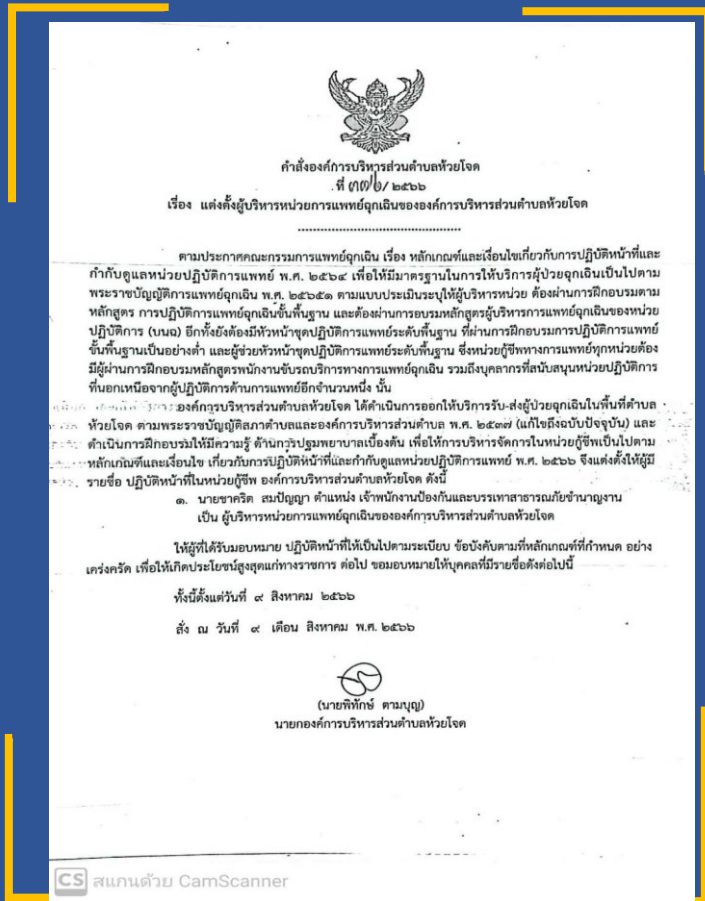
- คำสั่งแต่งตั้ง

เลขที่ ๓๗๒/ ๒๕๖๖

ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖



CS สแกนด้วย CamScanner





หน่วยบัญชาการส่วนตำบลห้วยโจด



นายพิทักษ์ ตามบุญ นายก อบต.ห้วยโจด



นายนิธิธร ชาญวิรัตน์ ปลัด อบต.ห้วยโจด

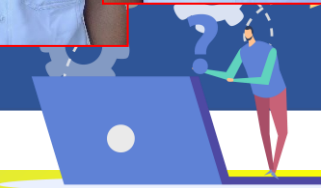


นายตุลakit ชักว้าง หัวหน้าสำนักปลัด



นายชาคริต สมปัญญา จพง.ป้องกันฯ

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 10 คน





ยา เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์อื่นๆ:



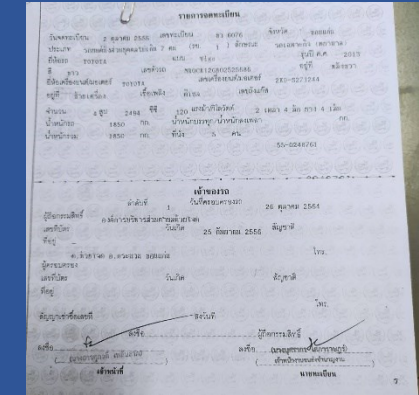
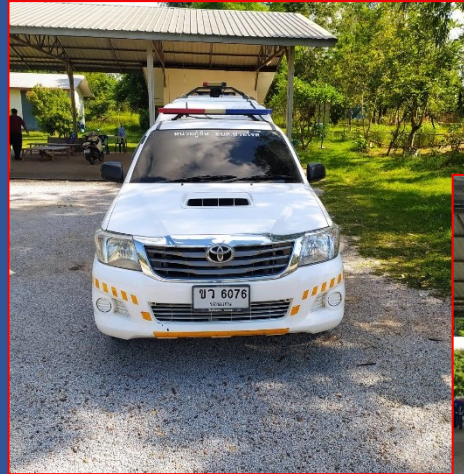
รพยา เวชภัณฑ์และการจัดเก็บ



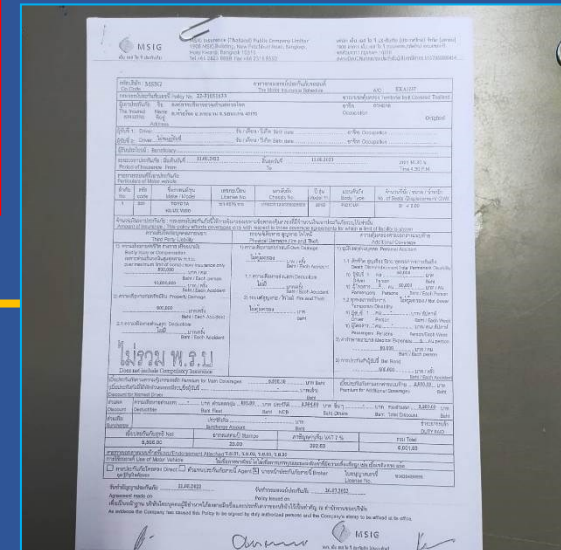


พาหนะ:

- ❖ มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1 คัน
- ❖ เอกสารการใบอนุญาตตามเกณฑ์
- ❖ หลักฐานการตรวจสอบความพร้อมใช้

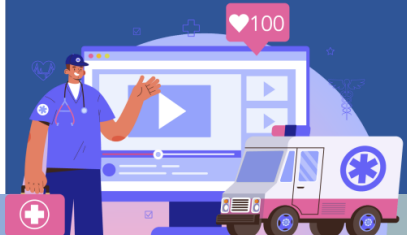


ทะเบียน/พรบ./ประกันภัย



Video Blog

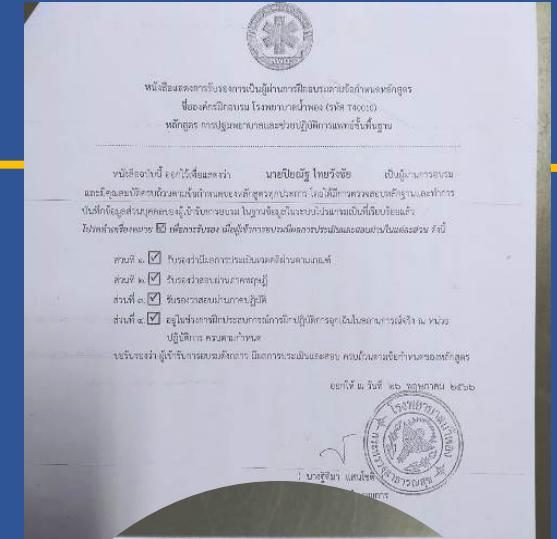
100



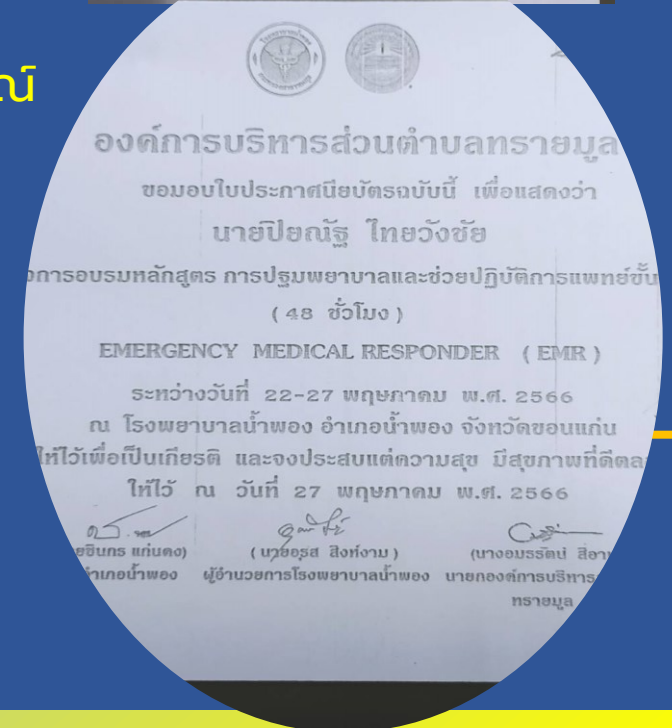


การสื่อสารและ สารสนเทศ:

- ❖ โทรศัพท์เคลื่อนที่
จำนวน ๑ เครื่อง
- ❖ โทร 043-306-657
- ❖ วิทยุสื่อสาร จำนวน
4 เครื่อง
- ❖ ระบบอินเทอร์เน็ต
ระบบ Wifi



รูปอุปกรณ์





อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก:

- ❖ อาคาร
- ❖ สถานที่จอดรถ
- ❖ ที่เก็บเวชภัณฑ์
- ❖ ห้องปฏิบัติงานและห้องพัก
- ❖ สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ



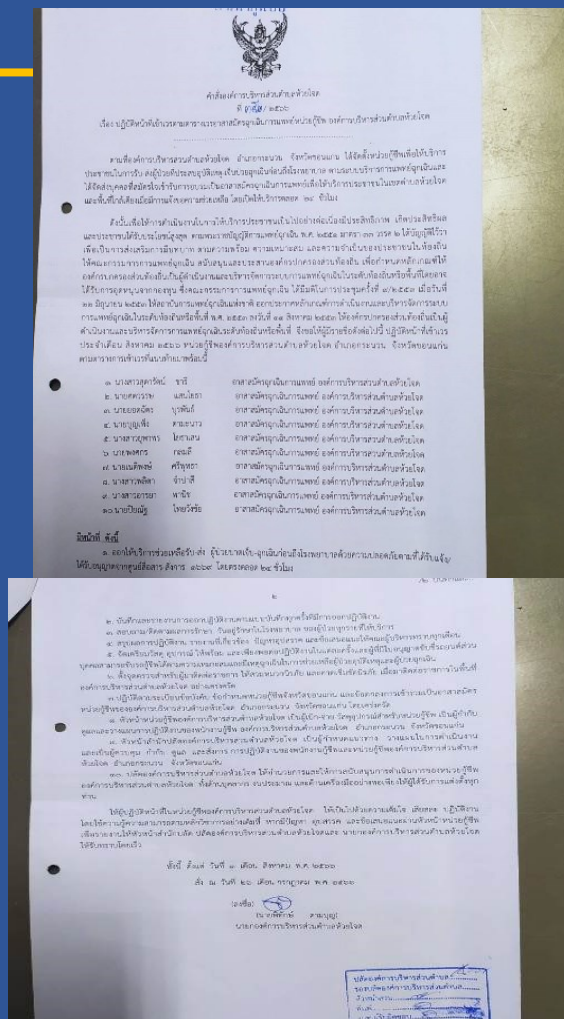
รูปที่จอดรถตามจำนวน
พาหนะที่ได้รับการรับรอง



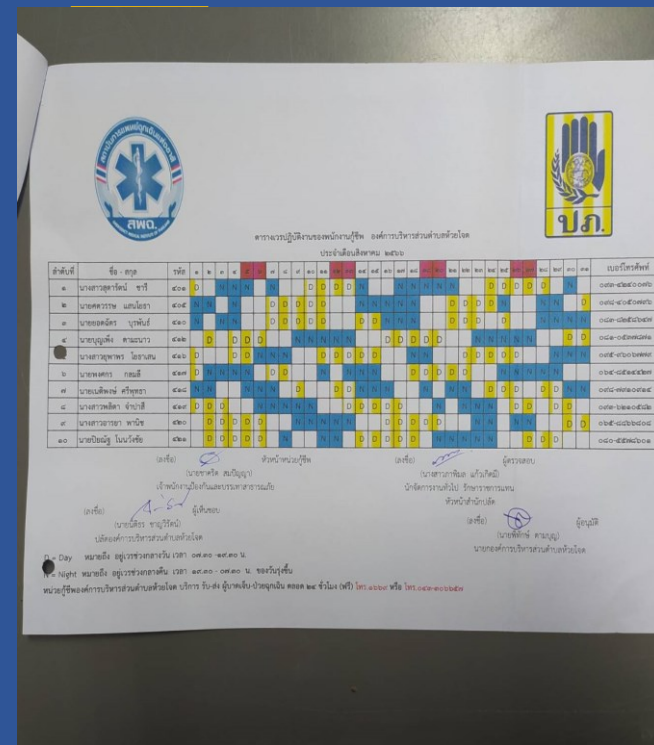


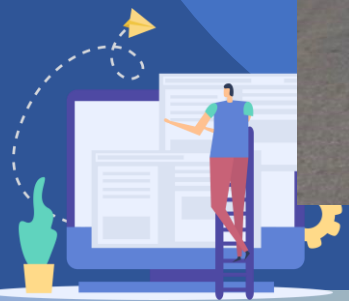
ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ:

- ❖ เอกสารแสดงการได้รับ
มอบหมายเขตพื้นที่
ปฏิบัติงาน
- ❖ กำหนดช่วงเวลาและ
ตารางการปฏิบัติงาน



รูปเอกสาร





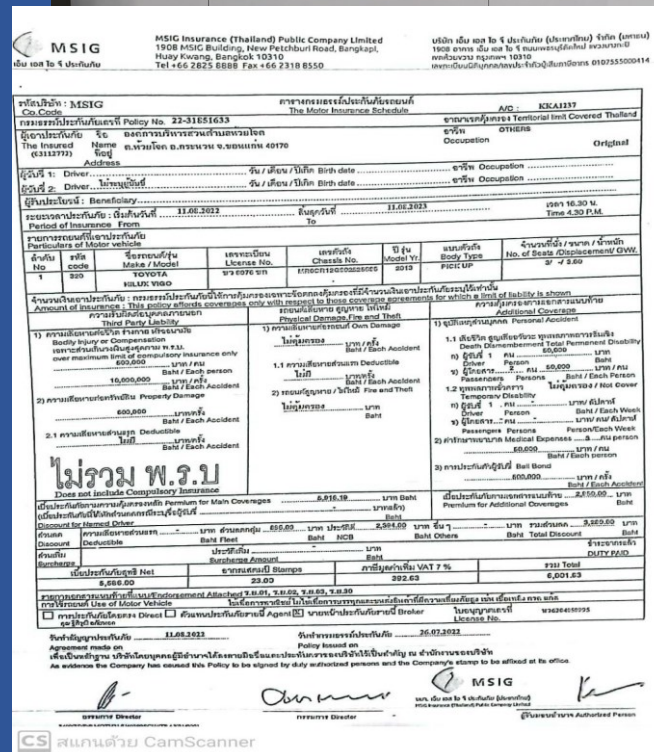








- มาตรการการดูแลสุขภาวะ และสวัสดิการของบุคลากร เช่น การฉีดวัคซีน, การ ผลัดเปลี่ยนเวรเพื่อการ พักผ่อนที่เพียงพอ การ จัดทำประกันชีวิตคุ้มครอง ผู้ปฏิบัติงาน



รูปเอกสาร







แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์สำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

รายการอุปกรณ์		จำนวนขั้นต่ำ สำหรับชุดปฏิบัติการ 1 ชุด	จำนวนที่มี ของหน่วย ปฏิบัติการ
1 หมวดอุปกรณ์ป้องกันตนเองและความปลอดภัย อย่างน้อยดังต่อไปนี้			
1.1 อุปกรณ์พิทักษ์บุคคล Level C			
(1) ชุดกาวน (ชุดหมี)		อย่างน้อย 3 ชุด	3 ชุด
(2) หน้ากากอนามัย/Face shield/แว่นตา (อย่างใดอย่างหนึ่ง)		1 กล่อง	5 กล่อง
(3) ถุงมือ		1 กล่อง	5 กล่อง
(4) รองเท้าบูท		3 คู่	3 คู่
(5) หมวกแข็ง		1 ชุด	1ชุด
(6) เสื้อชูชีพกรณีมีปฏิบัติการทางน้ำ		3 ชุด	10ชุด
1.2 อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย			
(1) ไฟฉาย		1 กระบอก	2 กระบอก
(2) เสื้อสะท้อนแสง		3 ตัว	3 ตัว
(3) กรวยยาง (พับได้)		3 อัน	พับได้ 2 /พับ ไม่ได้ 4 อัน
(4) นกหวีด		1 ตัว	1 ตัว
(5) เทปสายหรือเชือก		1 ม้วน	1 ม้วน
(6) ถังขยะติดเชื้อ ที่ทิ้งเข็มสิ่งแหลมคม		1 ชุด	1 ชุด
(7) อุปกรณ์สำหรับการตรวจสอบความปลอดภัยระยะไกล เช่น กล้อง ส่องทางไกล		ควรมี	1 ชุด
2 หมวดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัย			
2.1 ปฐมพยาบาล หรือ เครื่องวัดอุณหภูมิ		1 อัน	2 อัน
2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง (Stethoscope) หรือเครื่องวัด ความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ		1 ชุด	1 ชุด
2.3 ไฟฉายสำหรับตรวจรูม่านตา		1 กระบอก	1 กระบอก
2.4 ชุดตรวจระดับกลูโคสในเลือดจากหลอดเลือดฝอย (Capillary Blood Glucose test)		1 ชุด	1 ชุด
2.5 เครื่องวัดความอิ่มออกซิเจนตามชีพจร (pulse oximetry)		ควรมี	ไม่มี มีแผนในการ จัดหาใน

รายการอุปกรณ์		จำนวนขั้นต่ำ สำหรับชุดปฏิบัติการ 1 ชุด	จำนวนที่มี ของหน่วย ปฏิบัติการ
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
3	หมวดอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง		
	3.1 อุปกรณ์สำหรับการจัดการทางเดินหายใจและการหายใจ		
	(1) Pocket mask	1 อัน	1 อัน
	(2) ถังออกซิเจนขนาดพกพาพร้อม flow มิเตอร์	1 ชุด	2 ชุด
	(3) อุปกรณ์ให้ออกซิเจนด้วยหลอดสอดจมูก (cannula)	1 ชุด	1 ชุด
	(4) อุปกรณ์ให้ออกซิเจนด้วยถ้วยหน้ากามีถุงกัก (mask with bag)	1 ชุด	1 ชุด
	(5) Bag value mask (BVM) สำหรับช่วยหายใจ ผู้ใหญ่ /เด็ก	อย่างละ 1 ชุด	อย่างละ 1 ชุด
	(6) อุปกรณ์ชุดพ่นละออง (Nebulizer) ผู้ใหญ่/เด็ก	1 ชุด	1 ชุด
	(7) Oropharyngeal Airway/Nasopharyngeal Airway	อย่างน้อย 3 ขนาด	มีเฉพาะ oropharyngeal airway 6 ชุด
	3.2 อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน		
	(1) เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation with cardiac pacing)	ควรมี	ไม่มี มีแผนในการ จัดหาใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
	3.3 อุปกรณ์การดามและการห้ามเลือด	1 กล่อง	
	(1) ผ้าก๊อชปิดแผลห้ามเลือด	1 กล่อง	3 กล่อง
	(2) ผ้ายืดพันแผล (Elastic bandage) ห้ามเลือด	3 ม้วน	3 ม้วน
	(3) พลาสเตอร์ปิดแผล	1 ม้วน	1 ม้วน
	(4) กรรไกร	1 อัน	1 อัน
	(5) สายรัดห้ามเลือดบริเวณระยางค์ (Extremity tourniquet)	ควรมี	ไม่มี มีแผนในการจัดหา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖
	(2) อุปกรณ์สำหรับบริหารยาฉีด	1 ชุด	5 ชุด
	3.4 อุปกรณ์ช่วยคลอดกรณีฉุกเฉิน		
	- ผ้าสะอาดสำหรับห่อตัวทารกแรกคลอด	1 ผืน	1 ผืน
	- ลูกสูบยางชนิดใช้มือบีบ	1 อัน	1 อัน
	- อุปกรณ์หนีบสายสะดือทารก	ควรมี	1 อัน

รายการอุปกรณ์		จำนวนขั้นต่ำ สำหรับชุดปฏิบัติการ 1 ชุด	จำนวนที่มี ของหน่วย ปฏิบัติการ
	อุปกรณ์ยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้าย		
4	(1) อุปกรณ์สำหรับรัดกระดูกเชิงกราน (Pelvic binding)	1 ชุด	1 ชุด
	(2) ปลอกตามคอ (cervical collar) อย่างน้อย 3 ขนาดหรือชนิด ปรับขนาดได้	3 อัน	3 อัน
	(3) อุปกรณ์ตามแขนขา อย่างน้อยขนาดละ 2 อัน	4 อัน	4 อัน
	(4) เก้าอี้ยกผู้ป่วย (stair chair/chair)	1 ตัว	1 ตัว
	(5) แผ่นกระดานรองหลังยาว (Long Spinal Board) พร้อมอุปกรณ์ รองศีรษะ สายรัดศีรษะ และสายรัดตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เส้น <u>และ/หรือ</u> เปลตักพร้อมสายรัดยึดตรึง (scoop stretcher)	1 ชุด	4 ชุด
	(6) เปลล้อเลื่อนในรถพยาบาล (wheeled stretcher) กรณีเป็นรถตู้พยาบาล	1 ชุด	ไม่มี มีแผนในการ ดำเนินการจัดหาใน ปีงบประมาณ 66

หมายเหตุ : * อาจเป็นอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ ที่ใช้ในห้องฉุกเฉินและสามารถนำไปปฏิบัติการแพทย์นอกโรงพยาบาลได้

(นายชาคริต สมปัญญา)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

ผู้ให้ข้อมูล

วันที่ 18 กรกฎาคม 2566

ลำดับ	ชื่อ สกุล	คุณวุฒิ	ประกาศนียบัตร หมวดอายุเมื่อ	ประสบการณ์ EMS (ปี)	ขึ้นทะเบียนกับ หน่วยนี้เมื่อ (ระบุ ด/ป)	จำนวนครั้ง การออกเหตุ ในปีที่ผ่านมา เฉลี่ยต่อเดือน	ตำแหน่งในหน่วยฯ					การผ่านการ อบรมใน หลักสูตรที่ เกี่ยวข้องกับ ตำแหน่ง
							ผู้บริหารฯ	หัวหน้าชุด	ผช.หัวหน้า ชุด	พพร	บุคลากร สนับสนุน	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด จริง

.....

(นายชาคริต สมปัญญา)

ผู้บริหารหน่วยงานหรือองค์กร/ผู้ได้รับมอบหมาย

หลักการในการคิดจำนวนผู้ปฏิบัติการให้เพียงพอในการเป็นหน่วยปฏิบัติการ

เช่น หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

หลักเกณฑ์>>> ต้องจัดให้มีชุดปฏิบัติการภายใต้หน่วยอย่างน้อย 1 ชุด ที่สามารถปฏิบัติการฉุกเฉินได้ตลอดเวลา (ตลอด ๒๔ ชั่วโมง)

ดังนั้น >>> หน่วยปฏิบัติการต้องจัดตารางการปฏิบัติงานให้กับผู้ปฏิบัติการเป็นผลัดเวร (ในแต่ละผลัดเวร หน่วยปฏิบัติการต้องจัดให้มีผู้ปฏิบัติการออกปฏิบัติงานครบทุกตำแหน่ง โดยเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิและจำนวนเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด)

ตัวอย่าง การคิดคำนวณจำนวนผู้ปฏิบัติการที่ต้องมีในหน่วยปฏิบัติการ สำหรับหน่วยปฏิบัติการที่จัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงานเป็น 3 ผลัดเวรๆละ 8 ชั่วโมง

ตำแหน่ง	คุณวุฒิ อย่างน้อย	จำนวน (ต่อ 1 ผลัดเวร) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน (ต่อ 3 ผลัดเวร)	จำนวนอย่างน้อยที่ควร มีต่อหนึ่งชุดปฏิบัติการ (เพื่อหยุดและลา) (A)	จำนวนชุด ปฏิบัติการทั้งหมด ที่มีในหน่วยฯ (B)	จำนวนผู้ปฏิบัติการที่ ต้องการทั้งหมดในหน่วยฯ (A) คูณ (B)
หัวหน้าชุด	พฉพ	1	3	3-4 คน	2 ชุด	8-10 คน
ผช หัวหน้าชุด	อฉพ	1	3	3-4 คน		
พพร	อฉพ (ขับรถ)	1 (อาจเป็นคนเดียวกับ ผู้ช่วย หัวหน้าก็ได้)	3	3-4 คน		



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ขอรับการตรวจสอบ หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

คำแนะนำในการใช้แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มนี้ ใช้สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ประสงค์จะขอยื่นความจำนงขอรับการตรวจประเมินเพื่ออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน 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 ประสงค์จะยื่นขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะยื่นได้เมื่อมีผลการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้พบว่า “มี” ในทุกรายการ

4. เมื่อประเมินความพร้อมของหน่วยงานตนเองแล้วพบว่า มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในทุกรายการ และมีหลักฐานหรือเอกสารตามที่กำหนดครบถ้วน ให้ยื่นความจำนงขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และรอนัดวัน เวลา เพื่อทำการตรวจประเมิน ต่อไป

แบบฟอร์มนี้ จะประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

หมวด 1 ลักษณะหน่วยปฏิบัติการตามองค์ประกอบเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่

หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

วันที่ยื่น.....

วันที่ สสจ/กทม รับเรื่อง.....

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

1. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด

2. ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานหรือองค์กร

หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจดเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วและทั่วถึง รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันเวลา เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด รู้จักพื้นที่ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

มีภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ การแพทย์ฉุกเฉินมีบริบทที่กว้างขวาง ครอบคลุมภารกิจตั้งแต่การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ตามเจตนารมณ์

3. ที่อยู่/สถานที่ตั้งหน่วยปฏิบัติการ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด หมู่ที่ 10 ถนน โยธาธิการ 5048 ตำบลห้วยโจด อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น เบอร์โทรศัพท์ 043-306657

4. จำนวนชุดปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติการภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

(ดูรายละเอียดหลักการคิดเพื่อระบุจำนวนชุดปฏิบัติการ ได้จากตัวอย่างจากเอกสารท้ายแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร)

4.1 จำนวนชุดปฏิบัติการการแพทย์พื้นฐาน 2 ชุด

4.2 ผู้ปฏิบัติการทั้งหมด จำนวน 10 คน ประกอบด้วย

(ก) หัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 2 คน

(ข) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 6 คน

(ค) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน

5. พาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

5.1 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก (รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

(ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน 1 คัน

(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน - คัน

5.2 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ (เรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน) (ถ้ามี)

(ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน - ลำ

(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน - ลำ

6. ผู้ให้ข้อมูล (คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและประสานงานของหน่วยปฏิบัติการนั้น)

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 1 ชื่อ นายชาคริต สมปัญญา โทรศัพท์ 084-7319875

E-mail chacrit522@gmail.com

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 2 ชื่อ นางสาวพัชรี สนิทไทย โทรศัพท์ 090-0202077

E-mail patcharee.sanitthai@gmail.com

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ลักษณะของหน่วยงานที่จะเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ต้องมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้					
ข้อ 1 เป็นหน่วยงานหรือองค์กรของรัฐหรือใน กำกับของรัฐหรือของสภาวิชาชีพที่มี อำนาจหน้าที่หรือได้รับมอบหมายหรือ วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้าน สาธารณสุขหรือการแพทย์	ถ้าเลือกข้อนี้ เอกสารสำคัญที่ ต้องเตรียมคือ - เอกสารแสดงการดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์ (อาจะระบุ ไว้ในคำอธิบายลักษณะทั่วไปของ หน่วยงานในส่วนที่ 1)	☒	☐	☐	
ข้อ 2 เป็นองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือ กฎหมายอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์	1. สำเนาหนังสือรับรองการ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล	☐	☐	☐	ต้องแสดง หลักฐานให้ ครบถ้วน ทั้ง 2 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”
	2. เอกสารที่มีการระบุ วัตถุประสงค์การดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์	☐	☐	☐	
หมวดที่ 1 ลักษณะตามองค์ประกอบของการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน					
ข้อ 1: บุคลากร					
(1) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ชื่อ นายชาคริต สมปัญญา ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ ดังนี้	1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	☒	☐	☐	แผนส่งไป เรียน พฉพ และผู้บริหาร หน่วย
	2. คำสั่งแต่งตั้งหรือเอกสาร มอบหมายให้ทำหน้าที่เป็น ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการ	☒	☐	☐	แผนส่งไป เรียน พฉพ และผู้บริหาร หน่วย
1.1) มีประสบการณ์ปฏิบัติการแพทย์พื้นฐานนอก โรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ที่ที่มีการ ระบุรายชื่อ ประสบการณ์ และข้อมูลของผู้บริหาร การแพทย์ฉุกเฉิน	☐	☒	☐	แผนส่งไป เรียน พฉพ และผู้บริหาร หน่วย
1.2) ผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติ การแพทย์ระดับพื้นฐานตามมาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด	1. สำเนาหลักฐานที่แสดงการ ผ่านการอบรมเป็นผู้บริหาร หน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน	☐	☐	☒	แผนอบรม ผู้บริหาร หน่วย
1.3) เป็นผู้ปฏิบัติการ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งดังต่อไปนี้	1. สำเนาประกาศนียบัตร (กรณี เป็นผู้ปฏิบัติการกลุ่มช่วย	☐	☐	☒	ผู้ปฏิบัติการกลุ่ม ช่วยฉุกเฉิน การแพทย์ สาขา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(ก) กลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่า สาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พลพ.) หรือ (ข) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ให้ ระบุ “คุณวุฒิ” ในช่อง หมายเหตุ)	ฉุกเฉินการแพทย์) หรือ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (กรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ) ที่ยังไม่หมดอายุ				ใดสาขาหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ☐ นฉพ. ☐ จฉพส. ☐ จฉพ. ☐ พลพพ. ☐ พลพ. ผู้ประกอบ วิชาชีพ ☐ ผู้ประกอบโรค ศิลปะสาขา ฉุกเฉินการแพทย์ ☐ พยาบาล วิชาชีพที่ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ☐ แพทย์ที่ ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายเหตุ ต้องมีคุณสมบัติ และหลักฐาน แสดงคุณสมบัติ ครบถ้วนทั้ง 3 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”
(2) หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยเป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขา พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มี จำนวนทั้งหมด 2 คน (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุกคน ดังนี้	☐	☒	☐	จำนวนหัวหน้าชุด ต้องสอดคล้องกับ จำนวนชุด ปฏิบัติการตาม ข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่ หมดอายุ ของทุกคน	☒	☐	☐	จำนวน 10 คน
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูลหัวหน้าชุด ปฏิบัติการทั้งหมด ไว้ใน แบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	☒	☐	☐	
	3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(3) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน โดยเป็นผู้ได้รับ ประกาศนียบัตรสาขาไม่ต่ำกว่าอาสาศูนย์ฉุกเฉิน การแพทย์ (อผพ.) มีจำนวนทั้งหมด 6 คน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของ ทุกคน ดังนี้				จำนวนผู้ช่วย หัวหน้าชุดต้อง สอดคล้องกับ จำนวนชุด ปฏิบัติการตาม ข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ	☒	☐	☐	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูล พนักงาน ขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่ กำหนด	☒	☐	☐	
	3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	☒	☐	☐	
(4) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด 1 คน โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้ (โดยอาจเป็นบุคคลเดียวกับ ผู้ช่วยหัวหน้าชุด ก็ได้ ให้ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของ ทุกคน ดังต่อไปนี้	☐	☐	☒	กรณีการขอขึ้น ทะเบียนครั้งแรก หน่วยปฏิบัติการ ที่ยังไม่มีผู้ผ่าน การอบรม หลักสูตรพนักงาน ขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ในการทำหน้าที่ พนักงานขับรถ บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ให้หน่วย ปฏิบัติการ ดำเนินการจัดให้มี ผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรพนักงาน ขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 3 ปี
	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS	✓			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูล พนักงาน ขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่ กำหนด				
	2. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริงทุกคน	☒	☐	☐	
4.1) เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขา อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ทุกคน	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ ของ ทุกคน	☒	☐	☐	
4.2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาลหรือ หลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ทุกคน	1. หลักฐานแสดงการผ่านการ อบรมหลักสูตรการขับรถ บริการการแพทย์ฉุกเฉินและ รถพยาบาลหรือหลักสูตรอื่น ที่ สพฉ. กำหนด ของทุกคน	☐	☐	☒	แผนส่งอบรม การขับ รถพยาบาล
4.3) ได้รับอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วย การจราจรทางบก ทุกคน	1. สำเนาใบอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วยการจราจร ทางบก ที่ยังไม่หมดอายุ ของ ทุกคน	☐	☒	☐	แผนส่งอบรม การขับ รถพยาบาล
(5) บุคลากรสนับสนุน เป็นผู้ปฏิบัติการหรือไม่ก็ได้ มีจำนวน 2 คน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	☒	☐	☐	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูล บุคลากร สนับสนุนไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	☒	☐	☐	
	3. หากเป็นผู้ปฏิบัติการให้แสดง หลักฐานสำเนา ประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
สำหรับหน่วยปฏิบัติการเดิม ที่ได้รับการประกาศรายชื่อเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ 9 ผู้ปฏิบัติกรที่เป็นหัวหน้าชุด ผู้ช่วยหัวหน้าชุด และพนักงานขับรถ อย่างน้อย 2 ใน 3 ของผู้ปฏิบัติการทั้งหมด แต่ละคนจะต้องมีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านอย่างน้อยเฉลี่ย เดือนละ 4 ครั้ง ในแต่ละไตรมาส	1. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านมาของผู้ปฏิบัติการ ให้แสดงข้อมูลไว้ในแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1)	☐	☒	☐	แผนส่งอบรมการขับรถยนต์พยาบาล
ข้อ 2 : ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น					
(1) จัดให้มีเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ดังนี้					
1.1) อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	1. แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์ ตามแบบแบบฟอร์มที่กำหนด (Form Equipment 01-1) 2. ภาพถ่ายแสดงให้เห็นถึงอุปกรณ์ที่มีในหน่วย ให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน (Form Equipment 01-1)	☒	☐	☐	รายการอุปกรณ์/รูปถ่ายอุปกรณ์ตามจำนวนที่กำหนดขั้นต่ำ/ชุด
1.2) อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน		☒	☐	☐	
1.3) อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน		☒	☐	☐	
1.4) อุปกรณ์การยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้าย					
(2) มีระบบการบริหารจัดการเพื่อการบำรุงรักษา	1. แสดงหลักฐานการจัดเก็บบำรุงรักษา การทำความสะอาด อุปกรณ์ต่างๆ	☒	☐	☐	
(3) มีสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ที่เป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลักมาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)	√			
ข้อ 3: พาหนะ					
(1) มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1 คัน รถทุกคันได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศสพด.ดังนี้		☒	☐	☐	
1.1) จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล	1. หลักฐานการจดทะเบียนที่ระบุว่าเป็นรถที่จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ปฏิบัติการที่มีบันทึก	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ข้อตกลง หรือสัญญาร่วม ปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล ของรถทุกคัน				
1.2) จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษีรถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้องครบถ้วน	1. สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ 2. หลักฐานการต่อทะเบียน และ การชำระภาษีรถยนต์ประจำปี หรือป้ายวงกลม	☒	☐	☐	
1.3) ในกรณีเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทลำเลียงผู้ป่วยต้องจดทะเบียนเป็น รถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522	1. หลักฐานการจดทะเบียนเป็น รถพยาบาลตามกฎหมายว่า ด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ของรถทุกคันที่ เป็นรถบริการการแพทย์ ฉุกเฉินประเภทลำเลียงผู้ป่วย	☒	☐	☐	กรณีที่ยังไม่ได้ รับการรับรอง ให้ ยื่นขอรับรองรถ พร้อมกับการยื่น ขออนุมัติเป็น หน่วยปฏิบัติการ
1.4) การขอรับรองเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งแรก รถต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจาก วันที่จดทะเบียน	1. หนังสือที่แสดงว่าได้รับการ รับรองมาตรฐานจาก สพด. แล้ว 2. คู่มือทะเบียนรถพร้อมเอกสาร การยื่นขอรับรองรถตามที่ สพด. กำหนด (กรณีที่ยัง ไม่ได้รับการรับรอง)	☒	☐	☐	
1.5) จัดให้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมี ความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ (ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5)	1. กรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ ภาคสมัครใจโดยมีความ คุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ ของรถทุกคัน ที่ยังอยู่ในระยะ คุ้มครอง	☒	☐	☐	
1.6) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของ รถ	1. แบบตรวจสอบความพร้อม ของประจำวัน ข้อมูลการ ตรวจเช็ครถตามระยะ	✓			(หากไม่มี ไม่ต้อง ตอบข้อนี้)
(2) พาหนะประเภทอื่น เช่น เรือ มีจำนวน - ลำ		☐	☒	☐	
2.1) เรือทุกลำได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	1. เอกสารแสดงการได้รับการ อนุญาต	☐	☒	☐	
2.2) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของ เรือ	1.แนวทางหรือวิธีปฏิบัติในการ ตรวจสอบความพร้อมของ	☐	☒	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	เรือ				
2.3) ผู้ควบคุมเรือ ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่า ด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทย	1. เอกสารแสดงการได้รับการ อนุญาต		√		
ข้อ 4: การสื่อสารและสารสนเทศ					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีเครื่องมือสื่อสารและระบบ สารสนเทศ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างน้อย ดังต่อไปนี้		√	☐	☐	☐
(1) โทรศัพท์เคลื่อนที่ /โทรศัพท์พื้นฐาน จำนวน 1 เครื่อง	1. ภาพถ่ายแสดงเครื่องมือ สื่อสารที่ใช้ในหน่วยปฏิบัติการ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน (Form Picture for EMS Agency)	☒	☐	☐	
(2) ระบบอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณ เพื่อรับคำสั่งและส่งข้อมูลกับหน่วยปฏิบัติการ อำนวยการได้		☒	☐	☐	หากมีการใช้วิทยุ คมนาคม แต่ยังไม่ ขอเข้าร่วมตาม ระเบียบ สผ.ใน วันที่ยื่นขออนุมัติ ขอให้รีบ ดำเนินการขอเข้า ร่วมให้แล้วเสร็จ
(3) กรณีใช้ข่ายวิทยุสื่อสารวิทยุคมนาคมหรือวิทยุ คมนาคมฯ ต้องได้รับการรับรองตามกฎหมายว่า ด้วยวิทยุคมนาคมและระเบียบ สผ.ว่าด้วยการ ควบคุมการใช้วิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ พ.ศ.2562 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	1. หนังสือรับรองการเข้าร่วม เครือข่ายวิทยุคมนาคมฯ			√	รอการเข้าร่วมวิทยุ โทรคมนาคมฯ
ข้อ 5 : อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)		☒	☐	☐	
(1) มีสถานที่ ตั้งชัดเจน อาคารมีความมั่นคง แข็งแรง	1. ภาพถ่ายสถานที่ตั้ง ทั้ง ภายนอกและภายใน	☒	☐	☐	
(2) มีสถานที่จอดรถพาหนะฉุกเฉินเท่ากับจำนวน พาหนะ	1. ภาพถ่ายสถานที่จอดรถ/เรือ	☒	☐	☐	
(3) มีสถานที่ ปฏิบัติงาน/ห้องพักสำหรับผู้ ปฏิบัติการในช่วงเวลาที่ หมุนเวียนมา ปฏิบัติงาน	1. ภาพถ่ายห้องปฏิบัติงาน/ห้อง ปฏิบัติงาน/ห้องพักเวร	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(4) มีสถานที่จัดเก็บยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่เหมาะสมตาม มาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่/ห้องเก็บ อุปกรณ์ของหน่วยปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่					
ข้อ 1.หน่วยปฏิบัติการมีเขตพื้นที่สำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับการมอบหมายอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่นั้น	1. เอกสารแสดงเขตพื้นที่สำหรับ การปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้รับ มอบหมายจากผู้บริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	☒	☐	☐	
ข้อ 2 หน่วยปฏิบัติการมีการกำหนดช่วงเวลาสำหรับ การปฏิบัติการฉุกเฉินที่ชัดเจน และได้รับความ เห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่นั้น	1. เอกสารแสดงการระบุ ช่วงเวลาสำหรับการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ที่ผ่านความเห็นชอบ หรือได้รับการมอบหมายจาก ผู้บริหารจัดการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	☒	☐	☐	อาจเตรียม แบบบันทึก รายงานการ ปฏิบัติการ ฉุกเฉินที่ผ่าน มา
ข้อ 3 มีกระบวนการควบคุม กำกับกับการปฏิบัติการ ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการให้ปฏิบัติตามอำนาจ หน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และ ข้อจำกัด ตามระดับ ของตน	1. เตรียมผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วย ฯ และ ผู้ปฏิบัติการ เพื่อรับการ สัมภาษณ์จากผู้ตรวจสอบใน วันที่ทำการตรวจประเมิน	☒	☐	☐	
ข้อ 4 มีมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสาธารณะ อย่างน้อย ดังต่อไปนี้		☒	☐	☐	
(1) มีระบบกำกับ ติดตามให้ผู้ปฏิบัติการทุกคน ได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุภายในห้วง เวลาที่กำหนด เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่าผู้ปฏิบัติการ ยังคงมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	1. ทะเบียนฐานบุคลากรของ หน่วยปฏิบัติการ โดยมีข้อมูล ในส่วนของประกาศนียบัตร ของผู้ปฏิบัติการทุกคนอยู่ใน ฐานข้อมูลดังกล่าวด้วย 2.หลักฐานแสดงถึงว่ามีการ มอบหมายเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ ติดตามและ	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน อยู่ตลอดเวลา รวมถึง สถานะการต่ออายุ ประกาศนียบัตรของผู้ ปฏิบัติการ				
(2) มีแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลงหรือกติกาเบื้องต้น สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการเป็นผู้ปฏิบัติงาน ของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติงาน เช่น - ด้านพฤติกรรมบริการที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ความมีระเบียบ วินัย ความ รับผิดชอบในหน้าที่ ความซื่อสัตย์ - ด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐานต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีระบบ การแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบช่องทางการ รายงานข้อมูลผู้ป่วยหากผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการ ทรุดลง	1.เอกสารการปฐมนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานใหม่ หรือเอกสาร ที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติใน เรื่องดังกล่าว หรือ 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉิน หรือผู้ปฏิบัติการ 3. แนวทางหรือวิธีปฏิบัติ (Protocol) ที่ใช้ในหน่วย ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
(3) มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการ ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค การ ดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์และพาหนะ	1. เอกสารเกี่ยวกับแนวทาง ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ 2. เตรียมผู้ปฏิบัติการเพื่อให้ ข้อมูลกับผู้ตรวจสอบในวันที่ ตรวจประเมิน เกี่ยวกับการ ปฏิบัติเมื่อมีการนำส่งผู้ป่วย ฉุกเฉิน การจัดการขยะติดเชื้อ การทำความสะอาดอุปกรณ์ ยานพาหนะ เป็นต้น	☒	☐	☐	
(4) มีการให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายด้านความ ปลอดภัยและมีระบบการสื่อสารข้อมูลให้กับ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ทราบอย่างทั่วถึง	1. เอกสารที่ระบุถึงการให้ ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการ ความปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วย ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานและ สาธารณะ หรือ 2. อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้ ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(5) มีมาตรการดูแลสุขภาวะและสวัสดิภาพของ ผู้ปฏิบัติงาน เช่น		☒	☐	☐	
- การได้รับวัคซีนที่จำเป็น	1. ข้อมูลการได้รับวัคซีนของ ผู้ปฏิบัติงาน 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
- การจัดการการหมุนเวียนผลัดเวร ให้ ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ	1. ตารางเวร หรือ สุ่มสัมภาษณ์ผู้ ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
- สวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วย ปฏิบัติการ	สัมภาษณ์ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ					
ข้อ 1 มีระบบการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้มี ผู้ปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ตามช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น (ตามหมวด 2 ข้อ 2)	1. แสดงข้อมูลระยะเวลาการ ปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการที่ ขึ้นทะเบียนกับหน่วย ปฏิบัติการนี้ 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึงแนว ทางการบริหารงานบุคคล	☒	☐	☐	
ข้อ 2 มีการจัดการระบบสุขภาพสิ่งแวดล้อมใน ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย	1. ภาพถ่ายสถานที่ปฏิบัติงาน/ ห้องพัก/ห้องน้ำ/สถานที่ รับประทานอาหาร ให้แสดง ภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Unit) 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ	☒	☐	☐	
ข้อ 3 มีการกำหนดเป้าหมายและงบประมาณ สำหรับการดำเนินงาน	1. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึง เป้าหมายการดำเนินงานและ การสนับสนุนงบประมาณ	☒	☐	☐	
ข้อ 4 มีการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานหรือ องค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานหรือ บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่น นั้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ กพฉ.กำหนด	1. หลักฐานแสดงความร่วมมือ กับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อดำเนินงานหรือบริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (หรืออาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร)	☒	☐	☐	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ					
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ข้อ 5 มีการดำเนินงานปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐานตามการอำนวยความสะดวกของหน่วย ปฏิบัติการอำนวยความสะดวกอย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ละ สัปดาห์	1. ข้อมูลแสดงผลการปฏิบัติงาน ที่ผ่านอย่างน้อย 1 เดือน ย้อนหลังก่อนวันยื่นขอรับการ ตรวจ	☒	☐	☐	
	2. กรณีเป็นหน่วยใหม่ ให้เตรียม ข้อมูลแสดงแผนการ ดำเนินงานและการบริหาร จัดการเพื่อให้ความพร้อมใน การออกปฏิบัติการตลอดเวลา เมื่อได้รับการประสานจาก หน่วยปฏิบัติการอำนวยความสะดวกใน พื้นที่ (อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร)	☐	☒	☐	

ข้าพเจ้า นายชาคริต สมปัญญา ซึ่งเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ ที่รับมอบหมายจาก
ผู้บริหารของหน่วยงานหรือองค์กร ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบการยื่นขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน
ขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดงข้างต้น เป็นข้อมูลจริงทุกประการ

.....
(นายชาคริต สมปัญญา)
เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
วันที่ 9/ สิงหาคม/ 2566
ผู้ให้ข้อมูล

