

บันทึกการตรวจมาตรฐาน □ คลินิกทันตกรรม

□ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากทันตแพทยสภา.....

□ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....

.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล

และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล

ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

□ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาล ได้
อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มี
เวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

□ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา /อบรม เพิ่มเติม ต้องมี หนังสือ รับรองเรื่อง
ระยะเวลาการศึกษา /อบรมจากสถาบัน นั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการ
สถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

□ ๒.๑ มีสำเนา เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก
จากผู้มีกรรมสิทธิ์ /ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนา โฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ | <input type="checkbox"/> อาคารอยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> ห้องแถว |
| <input type="checkbox"/> ตึกแถว | <input type="checkbox"/> บ้านแถว | <input type="checkbox"/> บ้านแฝด |
| <input type="checkbox"/> ศูนย์การค้า | <input type="checkbox"/> อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่..... | |
| <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมสำนักงาน | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | | |

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑

.....

ชั้น ๒

.....

ชั้น ๓

.....

ชั้น ๔

.....

ชั้น ๕

.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✗ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

๑.๓.๑ มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

- ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง
- ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร
- ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิด
- ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม
- ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น
- ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้อง มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยก ต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม
 - ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง
 - ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง ๕ เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป”
 - ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม
- ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก(ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบส.พ.๒๓)
- ๑.๑๐ มีถึงดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น
- ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล
- ๑.๑๒ การให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ **ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์** จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)
 - ๑.๑๒.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น
- ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

□ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

□ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภาวิชาชีพ ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

□ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกทันตกรรม หรือคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้าย โดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกทันตกรรม”หรือ“คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม...” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

□ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีม่วง

□ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิกสีม่วง

□ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โ้อวดอ้าง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกทันตกรรม” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม...”

□ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ คลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

□ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือ

นิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม

๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

(๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

(๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

(๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

(๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

(ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

(ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

(ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

(จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิกให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านทันตกรรมในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (ถ้ามีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษายาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายบริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตาม

กฎกระทรวง

(๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

(๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

(๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดที่กฎกระทรวงกำหนด

(๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

(๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

(๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

(๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ

ของผู้ป่วย

(๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชั้นสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกgrayเก๋)

(๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกgrayเก๋)

(๗) การรักษา (กรณีคลินิกgrayเก๋)

(๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ให้การรักษายาบาล (กรณีคลินิกgrayเก๋)

๔.๒ ห้องทำฟัน ประกอบด้วยอุปกรณ์ต่อไปนี้

๔.๒.๑ ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้

๔.๒.๒ เก้าอี้ทันตแพทย์และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์

๔.๒.๓ ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดศัลยกรรมช่องปาก ชุดรักษาคลองรากฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องดูดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ โดยต้องมีจำนวนที่เพียงพอให้บริการ

๔.๒.๔ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ อยู่ในห้องทำฟัน

๔.๓ เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

๔.๔ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิก ทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพต้องจัดให้มีอย่างต่อเนื่อง

๔.๔.๑ กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ อย่างน้อย ๒ รายการ ได้แก่

(๑) Amoxycillin

- (๒) Metronidazone
- (๓) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๔.๒ กลุ่มยาแก้ปวด ลดไข้ อย่างน้อย ๒ รายการ ได้แก่
 - (๑) Paracetamol
 - (๒) Ibuprofen
 - (๓) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๔.๓ กลุ่มยาแก้แพ้ อย่างน้อย ๑ รายการ ได้แก่
 - (๑) Chlorphenilamine
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....
- ๔.๔.๔ กลุ่มยาชา ได้แก่
 - (๑) ยาชาเฉพาะที่ชนิดฉีดและทา
 - (๒) อื่นๆ ระบุ.....

- ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์และตู้เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเป็นส่วน
- ๔.๖ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)
- ๔.๗ ซองยา หรือภาชนะบรรจุ ยาต้องมี ชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และวัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

- ๔.๘ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มียาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิของตู้เย็น เช่น เทอร์มิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น
- ๔.๙ หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)
- ๔.๑๐ ในกรณีที่คลินิกที่ให้บริการอุดฟันด้วยอมัลกัม ควรจัดให้มี Amalgam Separator เพื่อกรองเศษอมัลกัมและแยกทิ้งในถังขยะมีพิษหรือมีวิธีการจัดอื่นที่เหมาะสม
- ๔.๑๑ แนวทางกาช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการ ให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพประกอบด้วย

- (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐
- (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone
- (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection
- (๔) ๕๐% Glucose injection
- (๕) ยามไต้ลีนเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ
- (๖) อื่นๆ ระบุ.....

๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับ การช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีใน คลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
<input type="checkbox"/> (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
<input type="checkbox"/> (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
<input type="checkbox"/> (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
<input type="checkbox"/> (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
<input type="checkbox"/> (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๗) Oral Airway	๑ อัน
<input type="checkbox"/> (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
<input type="checkbox"/> (๙) อื่นๆ	
<input type="checkbox"/> (๑๐) ในกรณีคลินิกทันตกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator)	๑ เครื่อง

๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

(๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

(๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

๔.๑๒ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

๔.๑๒.๑ บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

๔.๑๒.๒ บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือ ทางทันตกรรม ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

๔.๑๓ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดเล็ก เช่น ผ่าฟันคุด เป็นต้น สามารถกระทำได้ที่ห้องทำฟัน ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากลุ่มประสาท หรือ ยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ

๔.๑๓.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้

.....

.....

๔.๑๓.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัดเล็ก (ระบุ).....

.....

.....

.....

.....

๔.๑๔ กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมสาขา.....

๔.๑๔.๑ การให้บริการในคลินิก.....

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

□ ๔.๑๔.๒ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้.....

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

() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
 ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
 ()
 วัน.....เดือน.....ปี.....

เอกสารแนบท้ายการให้บริการห้องเอกซเรย์สำหรับคลินิกทันตกรรม

๑. ต้องมีห้องเอกซเรย์ แยกเป็นสัดส่วน
๒. ผนังห้องจะต้องบุด้วยตะกั่วมีความหนาไม่น้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร ในกรณีที่ผนังห้องไม่ได้บุด้วยตะกั่ว จะต้องก่อด้วยอิฐมอญแดงฉาบปูน มีความหนาไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร (อิฐมอญแดง ๒ ก้อนวางต่อกันในแนวด้านกว้าง) กรณีที่ผนังห้องเอกซเรย์ของคลินิกไม่ได้ทำจากอิฐมอญแดงฉาบปูน ให้จัดเตรียมฉากตะกั่วชนิดเคลื่อนย้ายได้สำหรับป้องกันไม่ให้เกิดการรบกวนข้างได้รับอันตรายจากรังสี
๓. ห้องเอกซเรย์จะต้องมีประตูที่บุด้วยตะกั่ว มีความหนาไม่น้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร หรือประตูที่เป็นฉากตะกั่ว
๔. อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

หมายเหตุ ทั้งนี้ให้อ้างอิงรายงานผลการตรวจมาตรฐานห้องเอกซเรย์และเครื่องเอกซเรย์โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นไปตามค่ามาตรฐาน