

**แบบการตรวจประเมินด้านการบริการกายภาพบำบัด**  
**(การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ.....)**

โรงพยาบาล..... จำนวน.....เตียง

ขนาดของโรงพยาบาล  โรงพยาบาลขนาดเล็ก  โรงพยาบาลขนาดกลาง  โรงพยาบาลขนาดใหญ่

**ลักษณะสถานพยาบาล**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป             | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทันตกรรม               | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลกายภาพบำบัด              |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย     | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง.....          |  |

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป**

๑. หัวหน้าแผนกชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด..... หมดอายุวันที่.....

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง.....ปี

วุฒิการศึกษา  ปริญญาตรี  ปริญญาโท สาขา.....  อื่นๆ ระบุ.....

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลแห่งนี้.....ปี

**๒. บุคลากร**

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานประจำ (Full time) จำนวน ..... คน

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) จำนวน..... คน

พนักงานผู้ช่วย จำนวน.....คน อื่นๆ ระบุ.....จำนวน..... คน

**หมายเหตุ**

- นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานประจำ (Full time) หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม.โดยทำสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษรหรือมีข้อตกลงจากผู้อนุญาตประกอบกิจการ

- นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงาน น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม.

**๓. ปริมาณงาน**

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก OPD (เฉลี่ย) ..... คน/วัน

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยใน IPD (เฉลี่ย) ..... คน/วัน

จำนวนผู้รับบริการ Home Health Care (เฉลี่ย) ..... คน/วัน

## ประเภทของผู้ใช้บริการ

- NEUROLOGICAL CONDITION (เฉลี่ย) ..... คน/วัน
- MUSCULOSKELETAL CONDITION (เฉลี่ย) ..... คน/วัน
- CARDIO-PULMONARY CONDITION (เฉลี่ย) ..... คน/วัน
- PEDIATRIC (เฉลี่ย) ..... คน/วัน
- ส่งเสริมสุขภาพ (เฉลี่ย) ..... คน/วัน
- อื่นๆ (เช่น Burn, CA, Metabolic Syndrome เป็นต้น) (เฉลี่ย) ..... คน/วัน

## ส่วนที่ ๒ เกณฑ์การตรวจประเมินมาตรฐานด้านการบริการกายภาพบำบัด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจประเมินที่จัดให้มีบางส่วน/ไม่มีเลย และช่องไม่มีหากกรณีที่น่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้บันทึก  
ในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
<b>๑. การจัดสถานที่ในแผนกกายภาพบำบัด</b> ๑.๑ มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ๑.๒ พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งเป็นสัดส่วนอย่างเหมาะสม ๑.๓ มีความสะดวกต่อการเข้ารับบริการและมีป้ายบอกทางเข้าแผนกชัดเจน ๑.๔ มีสถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อคนพิการ ๑.๕ มีป้ายบอกเส้นทางออกฉุกเฉิน	- จากการสังเกต - จากการสังเกต - จากการสังเกต - จากการสังเกต - จากการสังเกต				
<b>๒. ด้านสิ่งแวดล้อม</b> ๒.๑ มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ ๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ เหมาะสมกับกิจกรรมที่ให้บริการ ๒.๓ มีอุณหภูมิที่เหมาะสม ๒.๔ มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย	- จากการสังเกต - จากการสังเกต/สอบถาม - จากการสังเกต - จากการสังเกต				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
<p>๒.๕ มีระบบควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>๒.๖ สถานที่ไม่มีเสียงดังรบกวนต่อการทำงาน</p>	<p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากการสังเกต</p>				
<p><b>๓. เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก</b></p> <p>๓.๑ มีหลักเกณฑ์และระบบการคัดเลือก ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ</p> <p>๓.๒ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดเป็นไปตามกฎหมายกำหนดและได้มาตรฐาน</p> <p>๓.๓ มีระบบตรวจสอบการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>๓.๔ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิตและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา หรือมีระบบในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน</p> <p>๓.๕ มีสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่</p>	<p>- จากการสอบถาม, จากเอกสารเครื่องมือ</p> <p>- จากการตรวจสอบ, จากบัญชีเครื่องมือ</p> <p>- จากการสอบถาม, จากเอกสาร/บันทึกการสอบเทียบ</p> <p>- จากการสังเกต/สอบถาม, จากเอกสาร</p> <p>- จากการสังเกต/สอบถาม, จากการสอบถาม</p>				
<p><b>๔. ด้านบุคลากร</b></p> <p>๔.๑ ผู้ให้บริการกายภาพบำบัดต้องเป็นนักกายภาพบำบัดที่ยังคงสภาพใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภากายภาพบำบัด</p> <p>๔.๒ นักกายภาพบำบัดให้บริการตามสัดส่วนที่เหมาะสมกับปริมาณงานและประเภทของผู้รับบริการ</p> <p>๔.๓ มีนักกายภาพบำบัดกำกับดูแลบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗</p> <p>๔.๔ มีการปฐมพยาบาลผู้ที่รับเข้าทำงานใหม่พร้อมทั้งมีระยะเวลาให้ทดลองปฏิบัติงาน</p> <p>๔.๕ มีการพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและมีการสนับสนุนส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมสัมมนา ฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร</p>	<p>- จากใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ, จากตารางการจัดเวร</p> <p>- จากการสอบถาม, จากทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>- จากการสอบถาม, จากเอกสารมอบหมายงาน</p> <p>- เอกสารแนวทางการปฐมพยาบาล</p> <p>- จากการสอบถามจากพัฒนาบุคลากร</p>				

เกณฑ์การตรวจประเมิน	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี	มีบางส่วน	ไม่มี	
<p><b>๕. ด้านกระบวนการให้บริการ</b></p> <p>๕.๑ แสดงชื่อและชื่อสกุลของนักกายภาพบำบัด พร้อมระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่อ่านได้ชัดเจนในบริเวณที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอใช้บริการ</p> <p>๕.๒ มีการกำหนดวิธีการรับผู้ป่วยการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (โดยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้)</p> <p>๕.๓ มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษา แก่ผู้รับบริการบริการ และญาติทุกราย</p> <p>๕.๔ มีการประเมินและการวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ</p> <p>๕.๕ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา</p> <p>๕.๖ มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>๕.๗ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ได้มีการประสานงานแก้ไขปัญหาระหว่างทีมสุขภาพ</p> <p>๕.๘ มีทะเบียนประจำแผนกที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค/กายภาพบำบัดและการรักษา</p>	<p>- จากการสังเกต</p> <p>- จากเอกสาร</p> <p>- จากการสอบถามผู้ป่วย</p> <p>- จากเวชระเบียน</p> <p>- จากเวชระเบียน</p> <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากทะเบียนประจำแผนก</p>				
<p><b>๖. การพัฒนาคุณภาพบริการ</b></p> <p>๖.๑ ติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ</p> <p>๖.๒ มีการวางแผนพัฒนางานด้านกายภาพบำบัดให้มีคุณภาพ</p> <p>๖.๓ มีการดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ มีการประเมินผลการแก้ปัญหาและพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- จากการสอบถาม, จากเอกสาร</p> <p>- จากเอกสาร</p> <p>- จากเอกสาร</p>				

ส่วนที่ ๓ สรุปผลการตรวจประเมิน

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ  
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....