**ใบรายงานผล**

**สพฉ. ALS**

**การตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วยขั้นสูง**

ด้วยข้าพเจ้า....................................................... ตำแหน่ง (ผู้อำนวยการ/ผู้แทน)................................................... ได้ทำการตรวจ สภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินยี่ห้อ.................................................................รุ่น...................................ลักษณะรถ (ตามเล่มทะเบียนรถ)......................................หมายเลขทะเบียน................................ซึ่งใช้บริการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงานชื่อ...................................................................................................................ประเภทหน่วยงาน 🞏สถานพยาบาลรัฐ 🞏สถานพยาบาลเอกชน 🞏องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 🞏มูลนิธิหรือองค์กรการกุศลอื่นๆ 🞏อื่นๆ.....................................................................................

พบว่ามีลักษณะรถ และอุปกรณ์รักษาพยาบาลประจำรถ ดังนี้

| ที่ | รายการ | มีพร้อมใช้ | มี ไม่พร้อมใช้ | ไม่มี |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | เป็นรถยนต์ตู้ / รถที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ขนาดมาตรฐาน สีขาวตลอด มีทะเบียนยานพาหนะถาวร /ได้รับการต่อทะเบียนแล้ว ห้องคนขับมีผนังกั้นแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ–ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้, ประตูด้านท้ายสามารถล๊อค ปิดสนิท, มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำหัตถการ, เตียงนอนสำหรับผู้ป่วยมีล้อพับได้พร้อมรางเลื่อน และระบบล๊อคเตียง, ด้านล่างของฐานมีพื้นที่ว่างพอสำหรับเก็บ Spinal Board, มีพัดลมไฟฟ้า / เครื่องระบายอากาศในห้องพยาบาล, เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) – มีที่แขวนภาชนะใส่น้ำเกลือ /เลือด |  |  |  |
| 2. | ติดตั้งวิทยุคมนาคม ระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์ |  |  |  |
| 3. | มีออกซิเจนท่อขนาดใหญ่ ( Size G ) พร้อม Pipe Line มี Flow meter และ Bubble – jet Nebulizer ติดตั้งชุดปรับความดันออกซิเจนสำหรับผู้ป่วย (Regulator) ซึ่งอุปกรณ์ทุกชิ้น สามารถใช้งานได้ดี |  |  |  |
| 4. | ติดตั้งเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์ |  |  |  |
| 5. | มี Long spinal board พร้อมสายรัดตรึง – ที่ยึดตรึงศีรษะ (Head Immobilizer) |  |  |  |
| 6. | มีเฝือกคอชนิดแข็ง (Hard collar) ไม่น้อยกว่า 3 ขนาด / ชนิดปรับขนาดได้ |  |  |  |
| 7. | มีเฝือกดาม แขน ขา / มี Vacuum Splint |  |  |  |
| 8. | มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : ปรอทวัดไข้, เครื่องวัดความดันโลหิต, หูฟัง |  |  |  |
| 9. | มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล พื้นฐาน (ถุงมือปราศจากเชื้อ, สำลี ไม้พันสำลี, ผ้าก๊อซ ชนิดบางและหนา, ผ้าก๊อซชุบวาสลิน, Elastic bandage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว, พลาสเตอร์เหนียว, กรรไกร, แอลกอฮอลล์, น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, สายรัด (Tourniquet), ครีมทาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกอุปกรณ์ล้างตา) |  |  |  |
| 10. | มี Pocket mask |  |  |  |
| 11. | มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือบีบ |  |  |  |
| 12. | อุปกรณ์สำหรับทำคลอด : - Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape + กรรไกรตัดสายสะดือ + ลูกยางดูดเสมหะ + ผ้าก๊อซ ขนาด ๔ x ๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัวผ้าห่อตัวเด็ก |  |  |  |
| 13. | มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ |  |  |  |
| 14. | มี Air way สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ขนาดต่าง ๆ  |  |  |  |
| 15. | มี Gluco-meter |  |  |  |
| 16. | มี Pulse Oximeter |  |  |  |
| 17. | มี Laryngoscope  |  |  |  |
| 18. | มี Endotracheal tube |  |  |  |
| 19. | มี Portable respirator |  |  |  |
| 20. | มี Ambu bag |  |  |  |
| 21. | มี Magill Forceps |  |  |  |
| 22. | มี KED |  |  |  |
| 23. | มีเครื่องช็อคหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้า ( AED / Defibrillator ) ประจำ / สามารถเคลื่อนย้ายไปใช้นอกยานพาหนะได้ |  |  |  |
| 24. | มียาหรือเวชภัณฑ์ **สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง** ตามรายละเอียดที่กำหนด และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วย จำนวน / ปริมาณตามความจำเป็นหรือเท่ากับ Adrenaline ๑๐ amp, Atropine ๕ amp, Calcium chloride ๒ amp, Dextrose ๕๐% ๒ amp, Diazepam (๑๐ mg) ๒ amp, Furosemide ๒ amp, Sodium Bicarbonate ๒ amp, Nitroglycerine (อมใต้ลิ้น) ๕ tab, Nitroderm (แปะหน้าอก) ๒ แผ่น, Lactated Ringer Solution (๕๐๐ ml) ๒ ถุง, Normal Saline Solution (๕๐๐ ml.) ๒ ถุง, ๕ % D / N /๒ ๕๐๐ ml. ๒ ถุง, Xylocard ๑๐๐ mg. ๑ amp หรือ Caudarone ๑๕๐ mg. ๔ amp, ASA grV สำหรับเคี้ยว ๕ tab, Morphine ๒ amp, Pethidine ๒ amp, Salbutamol ๓ nebules, Naloxone ๒ amp |  |  |  |
| 25. | มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ, Mask, ถุงขยะติดเชื้อ, ผ้ากันเปื้อน, รองเท้าบู๊ต  |  |  |  |
| 26. | มีอุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์ : กรวยจราจร, ไฟฉายหรือไฟควบคุมจราจร, เสื้อสะท้อนแสง, เทปกั้นการจราจร, นกหวีด |  |  |  |
| 27. | มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัวพร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว, กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่, อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC |  |  |  |
| 28. | อุปกรณ์ความปลอดภัย : ติดตั้งไฟกระพริบ 6 จุด (ด้านละ 3 จุด), เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง, ติดตั้งโคมไฟสปอร์ตไลท์สามารถปรับมุมสูง-ต่ำ-ซ้าย-ขวา จำนวน 4 จุด |  |  |  |

 ผลการตรวจสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรถคันดังกล่าว

🞏 มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ดี เห็นควรรับรอง

🞏 มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ เห็นควรรับรองอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจาก ........... ...........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

🞏 ไม่มีความพร้อม ไม่ควรรับรอง

 ............................................... ผู้ตรวจสภาพ

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

 ตำแหน่ง ...............................................

 วันที่..................../ เดือน.................../ พ.ศ..............

 **หมายเหตุ ข้อ ๒๔ ควรมีครบตามมาตรฐานที่กำหนด**

**ชุดเอกสารประกอบการตรวจมาตรฐานรถที่รถที่เข้าตรวจทุกคันต้องเตรียมมา**

 **1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขับขี่**

 **2. สำเนาบัตร EMR ของผู้ขับขี่(ใช้บัตร EMR ที่มีปัจจุบัน)**

 **3. สำเนาใบขับขี่ของผู้ขับขี่ (ต้องไม่หมดอายุ)**

 **4. สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ**

 **5.ป้ายเสียภาษีประจำปี (ก่อนหมดอายุอย่างน้อย 60 วัน )**

 **6.รูปถ่ายรถ 5 ภาพ (หน้ารถให้เห็นทะเบียน หลังรถให้เห็นทะเบียน ข้างรถด้านขวา ข้างรถด้านซ้าย ห้องผู้โดยสาร)**

 **7. แบบคำร้องขอรับการตรวจรับรองรถ**

 **8. หนังสือรับรองพาหนะบุคคลธรรมดาร่วมปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี(ใบมอบฉันทะกรณีเป็นรถบุคคลอื่นที่อนุญาตให้ใช้ในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน)**