**สพฉ. FR**

**ใบรายงานผล**

**การตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน**

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

พบว่ามีลักษณะรถ และอุปกรณ์รักษาพยาบาลประจำรถ ดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการ** | **มี****พร้อมใช้** | **มี****ไม่พร้อมใช้** | **ไม่มี** |
| ๑. | เป็นรถยนต์ตู้/รถกระบะบรรทุก มีทะเบียนยานพาหนะถาวร/ได้รับการต่อทะเบียนแล้ว ขนาดมาตรฐานมีหลังคาคลุมสูงเพียงพอที่จะทำการช่วยพื้นคืนชีพ (CPR) ได้สะดวก ห้องคนขับมีผนังกั้นแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ-ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้,ประตูด้านท้ายสามารถปิดล๊อคสนิท, มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำหัตถการ, มีที่นั่งสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน, **มีที่ว่างสำหรับวางเตียงพร้อมผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะนอนราบ** มีระบบระบายอากาศในห้องพยาบาล |  |  |  |
| ๒. | เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มีที่แขวนภาชนะใส่สารน้ำ |  |  |  |
| ๓. | ติดตั้งวิทยุคมนาคมระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์ |  |  |  |
| ๔. | มีออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ที่ใช้งานได้ดี/ปลอดเชื้อ |  |  |  |
| ๕. | ติดตั้งเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์ |  |  |  |
| ๖. | มี Long spinal board พร้อมสายรัดตรึง , ที่ยึดตรึงศีรษะ (Head Immobilizer) |  |  |  |
| ๗. | มีเฝือกคอชนิดแข็ง (Hard Collar) ไม่น้อยกว่า ๓ ขนาด/ปรับเปลี่ยนขนาดได้ |  |  |  |
| ๘. | มีเฝือกดามแขน ขา |  |  |  |
| ๙. | มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : ปรอทวัดไข้ , เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ |  |  |  |
| ๑๐. | มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล พื้นฐาน (ถุงมือปราศจากเชื้อ,สำลี ไม่พันสำลี, ผ้าก๊อซ ชนิดบางและหนา, Elastic Bondage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว , พลาสเตอร์เหนียว , กรรไกร, แอลกอฮอล์น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, อุปกรณ์ล้างตา) |  |  |  |
| ๑๑. | มี Pocket mask |  |  |  |
| ๑๒. | มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือบีบ/ลูกยางแดง |  |  |  |
| ๑๓. | มี Ambu BAG |  |  |  |
| ๑๔. | มี Oro pharyngeal airway |  |  |  |
| ๑๕. | อุปกรณ์สำหรับทำคลอด (Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape+ กรรไกรตัดสายสะดือ+ลูกยางดูดเสมหะ+ผ้าก๊อช ขนาด ๔x๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัวผ้าห่อตัวเด็ก |  |  |  |
| ๑๖. | มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ |  |  |  |
| ๑๗. | มี Gluco-meter |  |  |  |
| **ที่** | **รายการ** | **มี****พร้อมใช้** | **มี****ไม่พร้อมใช้** | **ไม่มี** |
| ๑๘. | มียาหรือเวชภัณฑ์ สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ตามรายละเอียดที่กำหนด และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วยตามคำสั่ง จำนวน/ปริมาณตามความจำเป็นหรือเท่ากับ NSS , ASA gr V Nitroglycerine อมใต้ลิ้น, Nitroderm แผ่นติดหน้าอก, Salbutamol พ่น |  |  |  |
| ๑๙. | มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ , Mask , ถุงขยะติดเชื้อ , ผ้ากันเปื้อน ,รองเท้าบู๊ต |  |  |  |
| ๒๐. | มีอุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์ : กรวยจราจร , ไฟฉายหรือไฟควบคุมจราจร , เสื้อสะท้อนแสง , เทปกั้นการจราจร , นกหวีด |  |  |  |
| ๒๑. | มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัว พร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว , กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่ , อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC |  |  |  |
| ๒๒. | อุปกรณ์ความปลอดภัย : ติดตั้งไฟกระพริบ ๖ จุด (ด้านละ ๓ จุด) , เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่งติดตั้งโคมไฟสปอร์ตไลท์สามารถปรับมุมสูง-ต่ำ-ซ้าย-ขวา จำนวน ๔ จุด |  |  |  |

ผลการตรวจสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรถคันดังกล่าว

 มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ดี เห็นควรรับรอง

 มีความพร้อมและอยู่ใสสภาพการใช้การได้ เห็นควรรับรองอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจาก......................................

........................................................................................................................................................................ ไม่มีความพร้อม ไม่ควรรับรอง

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

( )

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

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

**หมายเหตุ** : ต้องผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดตามข้อที่เน้นสีเข้ม ยกเว้น

* ข้อ ๑๕ อุปกรณ์สำหรับทำคลอด อย่างน้อยต้องมี กรรไกรตัดสายสะดือ
* ข้อ ๒๐ และ ๒๒ ถ้าไม่มีให้เวลา ๖ เดือน จะลงความเห็นว่าผ่านเมื่อตรวจครบตามข้อกำหนด