


## ภาคผนวก ค

### ระเบียบปฏิบัติงาน หน่วยงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ภาคผนวก	ค1	การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล
ภาคผนวก	ค2	แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
ภาคผนวก	ค3	แผนการรวบรวมขยะและขนส่งขยะภายในโครงการ
ภาคผนวก	ค4	แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์
ภาคผนวก	ค5	แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ
ภาคผนวก	ค6	รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ
ภาคผนวก	ค7	ผลการตรวจแสงสว่างและความเข้มแสง
ภาคผนวก	ค8	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ภาคผนวก	ค9	นโยบายความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน
ภาคผนวก	ค10	ปริมาณขยะรีไซเคิล
ภาคผนวก	ค11	แผนการปลูกต้นไม้ประจำปี

ภาคผนวก ค1  
การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 1 จาก 21

**แบบฟอร์ม**  
**การปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน**  
**(Standard Operating Procedure)**

**การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล**

สุภัตสร เกตุศักดิ์.  
 (นางสาวสุภัตสร เกตุศักดิ์)  
 วิศวกรสิ่งแวดล้อม  
 ผู้จัดทำ



(นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์)

ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ผู้ตรวจสอบ

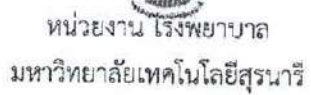


(อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล)

รักษาการแทนผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้อนุมัติ



รหัสเอกสาร : WI-ENV-001


แก้ไขครั้งที่ : 00

วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564

หน้าที : 2 จาก 21


[illegible]



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 21

## สารบัญ

	หน้า
1. วัตถุประสงค์	4
2. ขอบเขต	4
3. คำจำกัดความ	4
4. หน้าที่ความรับผิดชอบ	5
5. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน (Work Flow)	6
6. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	6
7. ระบบติดตามประเมินผล	7
8. เอกสารอ้างอิง	16
9. แบบฟอร์มที่ใช้	17
10. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา	-

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 21

### 1. วัตถุประสงค์


- 1.1. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา ระบบขยะมูลฝอยภายในโรงพยาบาลให้สะอาด ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ละเป็นมาตรฐาน แก่บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานและผู้เข้ามารับบริการภายในโรงพยาบาล
- 1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตามคุณภาพการจัดการมูลฝอย ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการและกฎหมายกำหนด
- 1.3. เพื่อให้โรงพยาบาลมีการจัดการสุขาภิบาลที่เอื้อต่อการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งเป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้มารับบริการและบุคลากรในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 2. ขอบเขต

แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล เริ่มจากขั้นตอนการรวบรวมมูลฝอย การเก็บขน รวมไปถึงการกำจัดมูลฝอย การตรวจสอบที่รองรับมูลฝอย ที่พักขยะมูลฝอย รวมไปถึงการทำความสะดวกในโรงเก็บรวบรวมมูลฝอย บุคลากร การรายงานและประเมินผลและการบำรุงรักษาขยะมูลฝอยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 3. คำจำกัดความ

- 3.1 มูลฝอยทั่วไป หมายถึง มูลฝอยทั่วไปที่ไม่ใช่มูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยอันตราย มักเกิดจากอาคารสำนักงาน หอพักเจ้าหน้าที่ โรงอาหาร โรงครัว มูลฝอยทั่วไปจะมีปริมาณมากกว่ามูลฝอยชนิดอื่นๆ เช่น เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร ถัง มูลสัตว์หรือซากสัตว์ รวมถึงตลอดถึงสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน หรือจากที่อื่นภายในโรงพยาบาล
- 3.2 มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการรักษาเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ เช่น
  - 3.2.1) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว สไลด์ และแผ่นกระจกบิตสไลด์
  - 3.2.2) วัสดุที่สัมผัส หรือ สงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายมนุษย์หรือสัตว์ วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น ลำไส้ ผ่าก๊อช ผ่าต่างๆ เป็นต้น
  - 3.3.3) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง
- 3.3 มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย หมายถึง มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จากกิจกรรมทางการแพทย์และจากสำนักงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นวัตถุหรือปนเปื้อนสารที่มีคุณสมบัติเป็นสารพิษ สารไวไฟ สารออกซิไดซ์ สารกัดกร่อน สารที่ระเบิดได้ เป็นต้น อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็น 2 ประเภท ดังนี้
  - 3.3.1) มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่มีแหล่งกำเนิดจากทางการแพทย์ เช่น หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด หอพักผู้ป่วย ห้องทำแผล ห้องปฏิบัติการ และอื่น ๆ มูลฝอยที่เกิดจากแหล่งดังกล่าวประกอบด้วย ยาและภาชนะบรรจุยา เช่น ยารักษามะเร็ง ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ ยาปฏิชีวนะ ยาควบคุมพิเศษ และยาที่เป็นสารเสพติด นอกจากนี้ยังรวมถึงภาชนะบรรจุยาทั้งหมด เครื่องมือ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 21

แพทย์ที่มีปริมาณโลหะหนักเป็นองค์ประกอบ เช่น โปรทัวด์ใช้ เครื่องวัดความดันโลหิตที่มีปรอท และอะมัลกัม ภาชนะบรรจุสารเคมีจากห้องปฏิบัติการ และขวดบรรจุยาเคมีบำบัด กากกัมมันตรังสีที่ใช้ทางการแพทย์ เช่น วัสดุกำบังรังสี ถุงมือยางเรซิน ชุดกรองอากาศ แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ เป็นต้น

3.3.2) มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายทั่วไป มีแหล่งกำเนิดจากทุกส่วนในโรงพยาบาล เช่น อาคารสำนักงาน และบ้านพักเจ้าหน้าที่ เป็นต้น มูลฝอยที่เกิดจากแหล่ง ดังกล่าวประกอบด้วย ชากแบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ถ่านกระดุม หลอดฟลูออเรสเซนต์ หลอดไฟชนิดอื่น ๆ กระป๋องสเปรย์ ตลับหมึกพิมพ์ และขวดน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น

3.4 ขยะรีไซเคิล เช่น กระดาษโลหะ แก้ว พลาสติก ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

3.5 ที่พักรวมมูลฝอย หมายถึง บริเวณภายในโรงพยาบาลซึ่งได้กำหนดสำหรับเป็นที่ให้หน่วยงานที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงสามารถขนย้ายมูลฝอยที่เกิดจาก หน่วยงานมาเก็บพักไว้ในภาชนะรองรับระหว่างรอให้เจ้าหน้าที่กำจัดมูลฝอย ขนย้ายไปเก็บพักไว้ที่โรงพักมูลฝอย

3.6 โรงพักขยะ หมายถึง สิ่งปลูกสร้างซึ่งโรงพยาบาลจัดสร้างขึ้น เป็นที่เก็บมูลฝอยระหว่างรอการกำจัดต่อไป

#### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

เพื่อให้การบริหารจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงต้องมีหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมกันดำเนินการจัดการมูลฝอยให้เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมายกำหนด ดังนี้

4.1 บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ต้องรับผิดชอบในการทิ้งขยะให้ถูกประเภท

4.2 แม่บ้าน/พ่อบ้าน รับผิดชอบตั้งแต่การจัดเก็บ รวบรวม ขนย้าย และการเตรียมจัดส่งบริษัทเอกชนที่รับจ้างกำจัดขยะ


4.3 พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทิ้งขยะในโรงพยาบาล

4.4 ผู้ควบคุมการจัดการขยะในโรงพยาบาล มีหน้าที่ กำกับดูแล ติดตาม ตรวจสอบ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

4.5 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีหน้าที่ กำกับดูแล ตรวจสอบผลการปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย





 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 7 จาก 21

## 6. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

แนวทางในการจัดการมูลฝอยทั่วไป สิ่งแรกที่ต้องดำเนินการ คือ ลดการเกิดมูลฝอยที่แหล่งกำเนิด ด้วยหลักการ 3R (Reduce Reuse and Recycle) หรือทำให้เกิดมูลฝอยขึ้นน้อยที่สุด การคัดแยกมูลฝอยทั่วไปเป็นประเภทต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้เหลือมูลฝอยที่ต้องนำไปกำจัดน้อยลง โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้มาใช้บริการ ทั้งนี้ ต้องดำเนินการจัดการมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน เพื่อป้องกันการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค แนวทางการลดปริมาณมูลฝอยทั่วไปด้วยการใช้หลักการ 3R ได้แก่

- **ลดการใช้ (Reduce)** คือ ลดการใช้สินค้าฟุ่มเฟือย ใช้อย่างประหยัดและใช้เท่าที่จำเป็น เช่น ซื้ออาหารให้พอดีรับประทาน เลือกซื้อสินค้าที่ไม่บรรจุหีบห่อหลายชั้น ใช้ถุงผ้าใส่ของแทนถุงพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้ง เลือกซื้อสินค้าที่มีปริมาณมากแทนสินค้าที่มีปริมาณน้อย หรือใช้สินค้าประเภทที่มีการเติมได้ (Refill) เพื่อช่วยลดบรรจุภัณฑ์และจ่ายในราคาถูกลง
- **ใช้ซ้ำ (Reuse)** คือ การนำสิ่งของที่ใช้แล้วมาใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่าหรือใช้ซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อให้คุ้มค่าก่อนทิ้งเป็นมูลฝอย เช่น ใช้กระดาษทั้งสองหน้า การนำขวดกาแฟที่หมดมาใส่น้ำตาล เป็นต้น
- **นำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle)** คือ การนำมูลฝอยมาผ่านกระบวนการผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ เช่น การนำพลาสติกเก่ามาแปรรูปเป็นถังพลาสติกใหม่ นำเศษแก้วหลอมเป็นขวดแก้วใหม่ เป็นต้น

### 6.1 การจัดการมูลฝอยทั่วไปในโรงพยาบาล

#### 1) การคัดแยกและเก็บรวบรวม

ห้ามทิ้งมูลฝอยทั่วไปรวมไปกับมูลฝอยชนิดอื่น ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยอันตราย และคัดแยกมูลฝอยทั่วไปเป็นประเภทต่าง ๆ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยที่ต้องส่งไปกำจัดให้น้อยลง แล้วใส่ลงภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปให้เหมาะสม มีขนาดเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย และกำหนดที่ตั้งวางภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปที่มองเห็นได้ชัดเจน ดังนี้

#### 1.1 การคัดแยกมูลฝอยทั่วไป ให้แยกเป็น 2 ประเภท คือ

##### 1) มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่

หรือมูลฝอยรีไซเคิล ซึ่งเป็นมูลฝอยทั่วไปประเภทหนึ่งที่สามารถนำมาผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ได้ หรือนำไปจำหน่ายได้


(1) แก้ว รวมทั้งเศษแก้ว เช่น ขวดน้ำอัดลม ขวดน้ำปลา เศษแก้ว

(2) กระดาษ ควรแยกเป็นประเภทต่าง ๆ เช่น

- กระดาษสมุด หนังสือพิมพ์ หนังสือเป็นเล่ม ต้องแยกประเภท
- กระดาษกล่องลูกฟูก และกล่องออกแล้ววางซ้อนกันแยกเป็นมัด
- กระดาษขาวดำ ดึงลวดเย็บกระดาษ คลิปหนีบกระดาษออก แยกเป็นมัดไว้ต่างหาก
- กล่องนม น้ำผลไม้ ให้ดึงหลอดออกแล้วบีบให้แบน จัดเก็บใส่กล่องหรือลังไว้

(3) โลหะ ได้แก่ กระป๋องเครื่องดื่ม กล่องอลูมิเนียม กระป๋องเหล็กบรรจุอาหารสำเร็จรูป เป็นต้น ต้องเทของเหลวออกให้หมด บีบให้แบน เพื่อประหยัดพื้นที่เก็บรวบรวม



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 8 จาก 21

(4) พลาสติก แยกฝาขวด ฉลาก แยกขวดใสและขวดสีออกจากกัน เช่น

- PET เป็นพลาสติกใส เช่น ขวดน้ำดื่ม ขวดน้ำอัดลม ขวดน้ำมันพืช เป็นต้น
- HDPE เป็นพลาสติกขุ่น ทนความร้อนได้สูง เช่น ขวดนมเปรี้ยว ขวดน้ำยาล้างจาน เป็นต้น

2) มูลฝอยอื่น ๆ เป็นมูลฝอยทั่วไปที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ หรือไม่คุ้มค่าในการนำไปใช้ เช่น ถุงเบื้อนเศษอาหาร โฟมเบื้อนเศษอาหาร พอยล์เบื้อน อาหาร เปลือกลูกอม ถุงบรรจุผงซักฟอก ขอบเบื้อนมีกึ่งสำเร็จรูป ขอบขนม เป็นต้น ให้ทิ้งลงภาชนะรองรับมูลฝอยและเก็บรวบรวมส่งไปกำจัดต่อไป

3) การเคลื่อนย้าย เนื่องจากโรงพยาบาลมีแหล่งกำเนิดมูลฝอยอยู่หลายจุดจึงต้องมีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยจากจุดต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดเส้นทาง และเวลาที่ทำการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปที่แน่นอนไปยังสถานที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป เพื่อรอการขนส่งไปกำจัด

(1) พาหนะเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไป ต้องทำด้วยวัสดุที่คงทน ตัวถังมีความแข็งแรง ไม่รั่วซึม ทำความสะอาดง่าย และมีป้ายบอกทางชัดเจน หลังการใช้งานทุกครั้งต้องทำความสะอาดให้เรียบร้อย

(2) เจ้าหน้าที่เก็บขนมูลฝอยทั่วไป ต้องมีคุณสมบัติและปฏิบัติ ดังนี้

- มีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยทั่วไปที่ถูกสุขลักษณะ
- สวมชุดรัดกุมและมีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ตลอดเวลาปฏิบัติงาน ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้าเย็บกันเบื้อน ผ้าปิดปาก ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง
- ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป เป็นสถานที่ที่จัดเตรียมไว้สำหรับรวบรวมมูลฝอยจากจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อเก็บสะสมมูลฝอยพักรอการนำไปกำจัด โดยที่พักรวมมูลฝอยควรมีลักษณะ ดังนี้

1) เป็นอาคารหรือเป็นห้องแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ มีการป้องกันน้ำฝนหรือภาชนะรองรับมูลฝอย ที่สามารถบรรจุมูลฝอยได้ไม่น้อยกว่าสองวัน


2) พื้นและผนังของอาคารหรือห้องแยกต้องเรียบ มีการป้องกันน้ำซึมหรือน้ำเข้า ทำด้วยวัสดุที่ทนทาน ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค และมีการระบายอากาศ

3) มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียหรือระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่รวบรวมน้ำเสียไปจัดการตามที่กฎหมายกำหนด

4) มีประตูกว้างเพียงพอให้สามารถเคลื่อนย้ายมูลฝอยได้โดยสะดวก

5) มีการกำหนดขอบเขตบริเวณที่ตั้งสถานที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีข้อความที่ชัดเจน เห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป” และมีการดูแลรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ

6) ต้องตั้งอยู่ในสถานที่สะดวกต่อการเก็บรวบรวมและขนถ่ายมูลฝอยทั่วไป อยู่ห่างจากแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและสถานที่ประกอบหรือปรุงอาหาร

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 9 จาก 21

7) มีที่ล้างรถเข็น หรือพาหนะเก็บขนมูลฝอยทั่วไป และมีรางระบายน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

#### 4) การกำจัด

1) มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ หรือมูลฝอยรีไซเคิล นำกลับมาใช้ประโยชน์ตามความเหมาะสมหรือจำหน่ายต่อไป หรือนำเข้ากิจกรรมเพื่อเข้าสู่จรรยาบรรณการนำกลับไปรีไซเคิล เช่น ธนาคารขยะ เป็นต้น

### 6.2 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล

ปัจจุบันได้กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ซึ่งบังคับให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด โดยมีขั้นตอนการจัดการที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการและปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย มีขั้นตอน ดังนี้

#### 1) การคัดแยกขยะและเก็บรวบรวม

ต้องคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอย ชนิดอื่นๆ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อให้น้อยลง และคัดแยกตามประเภทของมูลฝอย ติดเชื้อ คือ มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคมและประเภทไม่มีมีคม จากนั้นนำใส่ภาชนะบรรจุตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ


(1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีสีแดงทึบแสง และมีข้อความสีดำขนาดชัดเจนว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” อยู่ภายใต้รูปหัวกะโหลกไขว้คู่กับตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ และต้องมีข้อความว่า “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และ “ห้ามเปิด” ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยตนเอง จะต้องระบุชื่อโรงพยาบาล ไว้บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ และในกรณีที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้เพื่อรอการขนไป กำจัดเกินกว่า 7 วัน นับแต่วันที่เกิดมูลฝอยติดเชื้อ ให้ระบุวันที่เกิดมูลฝอยติดเชื้อมาก่อนว่า ไว้บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อมันด้วย

(2) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม ต้องเป็นกล่องหรือถังทำด้วยวัสดุที่มีความแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ และการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็ง หรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิดและสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวกโดยผู้ขนย้ายต้อง ไม่มีการสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทเข็มฉีดยา ใบมีด แผ่นแก้ว ปิดสไลด์ เป็นต้น โดยให้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะบรรจุ เพื่อเหลือที่ไว้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่นหรือแทงทะลุขณะปิดฝาภาชนะ

(3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ใช่ วัสดุประเภทของมีคม เป็นถุงสีแดง ทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทผ้าก๊อซ สำลี ชิ้นเนื้อต่างๆ โดยให้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุของภาชนะ บรรจุ เพื่อเหลือเนื้อที่ไว้จับยก และมัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือก

2) การเคลื่อนย้าย เนื่องจากโรงพยาบาลมีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออยู่หลายจุดจึงต้องมีการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากจุดต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดเส้นทางและเวลาที่ทำ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอนไปยังสถานที่ที่รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อรอการกำจัด



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 10 จาก 21

(1) รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ต้องเป็นรถที่ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อโดยเฉพาะและไม่นำไปใช้ในกิจการอื่น หลังการใช้งานทุกครั้งต้องทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างรถเข็นต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย รถเข็นมูลฝอยต้องมีลักษณะ ดังนี้

- ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย ไม่มีแฉ่งมุมอันจะเป็นแหล่งสะสมของ เชื้อโรค มีพื้นและผนังทึบ เมื่อจัดวางภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อแล้วต้องปิดฝาให้แน่น เพื่อป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไป

- มีข้อความสีแดงที่มีขนาดที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนอย่างน้อย 2 ด้านว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”

- มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับใช้เก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่นระหว่างการเคลื่อนย้าย และมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับใช้ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อโรคบริเวณ ที่มูลฝอยติดเชื้อตกหล่นประจำรถเข็น

(2) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีคุณสมบัติและปฏิบัติ ดังนี้

- ต้องผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย ที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตรการฝึกอบรม การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

- ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ถุงมือยางหนา ฝ้ายกันเปื้อน ฝาปิดปาก ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยาง หุ้มแข้ง และขณะปฏิบัติงานถ้าร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไปสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานต้องทำความสะอาดส่วนที่สัมผัสมูลฝอยติดเชื้อทันที

- ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีลักษณะ ดังนี้

(1) ควรแยกเป็นสัดส่วนจากอาคารอื่นโดยเฉพาะ

(2) มีขนาดเพียงพอที่จะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน พื้น ผนัง เพดานเรียบ ทำความสะอาดง่าย มีลักษณะโปร่ง ไม่อับชื้น มีประตูกว้างพอสมควรตามขนาดห้องหรืออาคารเพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงาน มีการป้องกันสัตว์และแมลงและปิดด้วยกุญแจหรือด้วยวิธีอื่นที่บุคคลทั่วไปไม่สามารถเข้าไปได้

(3) มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียจากอาคารเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย

มีลานล้างรถเข็นใกล้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อและลานนั้นต้องมีท่อหรือรางรวบรวมน้ำเสียจากการล้างรถเข็นเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

(4) มีข้อความเป็นคำเตือน เห็นได้ชัดว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”


ไว้หน้าห้องหรือหน้าอาคาร

(5) ในกรณีเก็บกักภาชนะมูลฝอยติดเชื้อไว้เกินกว่า 7 วัน ต้องควบคุม

อุณหภูมิในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 องศาเซลเซียส

3) การกำจัด เป็นการทำลายเชื้อโรคที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อป้องกัน อันตรายหรือผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งขั้นตอนในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 11 จาก 21

(1) การทำลายเชื้อโรค เป็นการทำลายเชื้อโรคที่มีอยู่ในมูลฝอยติดเชื้อมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยปัจจุบันมีเทคโนโลยีการกำจัดที่ใช้งานในประเทศไทยเพียง 2 วิธี คือ

- การเผาในเตาเผา ต้องมีห้องเผามูลฝอยติดเชื้อ 2 ห้องเผา คือ ห้องเผามูลฝอยติดเชื้อต้องมีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียส และห้องเผาควันและก๊าซพิษต้องมีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส

- การทำลายเชื้อด้วยไอน้ำ ต้องควบคุมความดัน อุณหภูมิ และระยะเวลาให้เหมาะสมต่อการทำลายเชื้อโรค และต้องมีการทดสอบมาตรฐานทางชีวภาพโดยวิธีการตรวจวิเคราะห์เชื้อบะซิลลัส สะเทียโรเธอร์โมฟิลัส หรือบะซิลลัส ซับทิลิส

### 6.3 การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายในโรงพยาบาล

แนวทางในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการ คือ การลดการเกิดของเสียที่แหล่งกำเนิด โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลควรได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน และยังสามารถช่วยให้แยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายได้อย่างถูกต้อง ตามประเภท และลักษณะการเกิด

#### 1) การคัดแยกและเก็บรวบรวม

มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นสามารถแยกตามประเภทของแหล่งกำเนิด ดังนี้

(1) มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่มีแหล่งกำเนิดจากทางการแพทย์ เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด หอพักผู้ป่วย ห้องทำแผล ห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ เป็นต้น มูลฝอยที่เกิดจากแหล่งดังกล่าวประกอบด้วย

- ยาและภาชนะบรรจุยา เช่น ยารักษาโรค ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ ยาปฏิชีวนะ ยาควบคุมพิเศษ และยาที่เป็นสารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงภาชนะ บรรจุยาทั้งหมด


- ยาที่หมดอายุและเสื่อมคุณภาพ รวบรวมใส่ภาชนะบรรจุเดิม ติดต่อส่งคืนผู้แทนจำหน่ายหรือบริษัทผู้ผลิต

- ยาและภาชนะบรรจุที่ไม่สามารถส่งคืนผู้แทนจำหน่ายหรือบริษัทผู้ผลิตได้ เช่น ยาที่ปนเปื้อน ถูกทิ้ง เนื่องจากไม่ต้องการใช้แล้ว เป็นต้น ให้รวบรวม ใส่ภาชนะบรรจุที่แข็งแรงทนทาน มิดชิดไม่รั่วไหล

(2) เครื่องมือแพทย์ที่มีปริมาณโลหะหนักเป็นองค์ประกอบ เช่น ปรอทวดใช้ เครื่องวัดความดันโลหิตที่มีปรอท และอะมัลกัม เป็นต้น

- ปรอทวดใช้ที่ยังไม่แตกให้เก็บใส่กล่องภาชนะบรรจุเดิม แล้วเก็บรวบรวมใส่ภาชนะรองรับ

- ปรอทวดใช้ที่แตกหักให้เก็บใส่ถุงปิดสนิท และมีข้อความว่า “อันตราย มีของเสียที่มี

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 12 จาก 21

### ปรอทปนเปื้อน Mercury Waste"

• ของเสียประเภทอะมัลกัมให้เก็บรวบรวมใส่ภาชนะที่มิดชิด และมีข้อความว่า “มูลฝอยอันตราย อะมัลกัม”

(3) ภาชนะบรรจุสารเคมี จากห้องปฏิบัติการ และขวดบรรจุยาเคมี บำบัด ให้รวบรวมใส่ภาชนะรองรับที่แข็งแรง ทนทาน และมีความมิดชิด

(4) ภากกัมมันตรังสีที่ใช้ในการแพทย์ เช่น วัสดุกำบังรังสี ถุงมือยาง เรซิน ชุดกรองอากาศ แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ เป็นต้น เป็นมูลฝอยที่ต้องจัดการและกำจัดโดยเฉพาะ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ หน่วยงานผู้ใช้สารกัมมันตรังสี มีหน้าที่ในการคัดแยก เก็บรวบรวม หรือนำส่งภากกัมมันตรังสีไปยังศูนย์จัดการภากกัมมันตรังสี

2) การเคลื่อนย้าย เนื่องจากโรงพยาบาลมีแหล่งกำเนิดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย หลายจุด จึงต้องมีการเคลื่อนย้ายมูลฝอย มารวบรวมไว้ยังจุดที่พักรวมมูลฝอย เพื่อรอการขนส่งไปกำจัด จึงต้องดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ต้องมีคุณสมบัติและปฏิบัติ ดังนี้

• ต้องเป็นผู้มีความรู้หรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย

• ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้าเยี่ยงกันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก รองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเองอื่นๆ ที่จำเป็นทุกครั้ง ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน

(2) ที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ควรมีลักษณะ ดังนี้

• ต้องเป็นห้องหรือเป็นอาคารเฉพาะที่แยกจากอาคารอื่น ๆ มีความมั่นคงแข็งแรง สะดวกต่อการนำมูลฝอยมารวบรวม พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย มีการป้องกันแดดและฝน สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้น

• มีการระบายอากาศที่เหมาะสม

• มีระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงเพื่อระงับเหตุ อุบัติเหตุ มีการบำรุงรักษาให้ใช้งานได้เสมอ รวมทั้งจัดให้มีตู้ยาพร้อมเวชภัณฑ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งานตลอดเวลา


• มีข้อความที่มีขนาดสามารถมองเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย” ไว้ที่หน้าห้องหรืออาคาร

4) การกำจัด นำมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายของโรงพยาบาลไปกำจัด โดยประสานกับบริษัทเอกชนโดยตรง ให้ดำเนินการเก็บขนและกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยจะต้องมีคุณสมบัติและเงื่อนไขในการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้รับเก็บขนและกำจัด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 (เลขทะเบียนโรงงานประเภท 101 105 และ 106) ที่สามารถนำไปกำจัดได้

2) ผู้รับเก็บขนต้องได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล และผู้กำจัดต้องได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นที่ตั้งของสถานที่กำจัด



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 13 จาก 21

3) ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนและกำจัด ต้องสวมชุดและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขีและผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ายางกันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก รองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเองอื่นๆ พร้อมเอกสารแสดงขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

4) ผู้รับเก็บขนและกำจัดต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องระบบเอกสารกำกับการขนส่งของเสียอันตราย พ.ศ. 2547 ข้อกำหนดสำหรับผู้ปฏิบัติงาน กักเก็บของเสียอันตรายก่อนขนส่งไปกำจัด เพื่อสามารถติดตามตรวจสอบการขนส่งของเสียอันตรายได้ ในการขนส่งของเสียอันตราย ต้องมีระบบควบคุมการขนส่ง (Manifest System) ซึ่งมีเอกสารกำกับการขนส่งของเสียอันตรายแสดงการขนส่งและกำจัดของเสียอันตรายอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะแสดงข้อมูลปริมาณของเสียที่เกิดขึ้นตั้งแต่แหล่งกำเนิดจนถึงการบำบัด รวมทั้งข้อมูลผู้ก่อกำเนิดของเสียอันตราย ผู้ขนส่งและผู้ประกอบการสถานที่เก็บกักบำบัดและกำจัดของเสียอันตราย โดยแสดงขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้


- ต้องมีการชั่งน้ำหนักของเสียอันตรายแต่ละประเภทและมีการจดบันทึกน้ำหนัก โดยกรอกใบกำกับการขนส่งในส่วนของผู้ก่อกำเนิดของเสียอันตราย และลงนามอย่างครบถ้วนทุกฉบับ

- มอบใบกำกับการขนส่งให้ผู้ขนส่งตรวจสอบความถูกต้องและลงนามรับของเสียอันตรายทุกฉบับ โดยผู้ก่อกำเนิดของเสียอันตรายต้องเก็บรักษาใบกำกับการขนส่งฉบับที่ 2 ไว้กับตนเองอย่างน้อย 3 ปี

- ส่งใบกำกับการขนส่งฉบับที่ 3 ให้กับหน่วยงานกำกับดูแลภายใน 15 วันนับจากวันที่ลงนามและเริ่มขนส่งของเสียอันตราย

- ตรวจสอบความเรียบร้อยของการบรรทุกของเสียก่อนออกจากสถานที่กักเก็บ เช่น ถังรถขนส่งเป็นกระเบเปิดให้ใช้ผ้าใบปิดคลุมให้เรียบร้อย เป็นต้น

- เมื่อผู้ประกอบการสถานที่เก็บรวบรวม บำบัด และกำจัดของเสียอันตรายตรวจสอบความถูกต้องพร้อมลงนามเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ประกอบการคืนใบกำกับการขนส่ง ฉบับที่ 6 ให้แก่ผู้ก่อกำเนิดของเสียอันตราย และส่งใบกำกับการขนส่ง ฉบับที่ 1 (ต้นฉบับ) ให้หน่วยงานกำกับดูแลภายใน 15 วันนับจากวันที่ลงนามรับของเสียอันตราย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 14 จาก 21

#### 6.4 แผนการจัดเก็บขยะมูลฝอย

ตารางที่ 1 เวลาการเก็บขนมูลฝอย ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี


ลำดับ	จุดเก็บขนมูลฝอย	เวลาการเก็บขน (รอบ)				
		รอบ 1	รอบ 2	รอบ 3	รอบ 4	รอบ 5
1	อาคารรัตนเวชพัฒน์	05.00 น.	-	14.00 น.	17.00 น.	19.00 น.
2	อาคารศูนย์ปฏิบัติการความเป็นเลิศทาง การแพทย์	05.00 น.	-	14.00 น.	17.00 น.	19.00 น.
3	อาคารสร้างเสริมสุขภาพ	05.00 น.	-	-	-	-
4	อาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย	-	-	-	-	-
5	อาคารโรงอาหาร	-	10.00 น.	14.00 น.	-	-
6	อาคารโภชนาการ	-	10.00 น.	14.00 น.	-	-
7	หอพักนักศึกษาแพทย์	-	-	14.00 น.	-	-
8	อาคารพยาธิ	-	10.00 น.	14.00 น.	-	-
9	อาคารทันตกรรม	-	-	14.00 น.	-	-

#### 7. ระบบติดตามประเมินผล

ในการติดตามประเมินผลการเก็บขนมูลฝอย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บขนมูลฝอย พร้อมทั้งสรุปผล  
การตรวจวิเคราะห์ ประเมินผล ดังนี้

การตรวจสอบการเก็บขนมูลฝอย	ผู้รับมอบหมาย/หน้าที่
1. การตรวจสอบถังขยะให้มีสภาพดี เสมอ	แม่บ้าน (จ้างเหมาบริษัทเอกชน) เป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยของ ถังขยะภายในโครงการ ทำการรวบรวมขยะจำนวน 2 ครั้งต่อวัน
2. ห้องพักมูลฝอยทั่วไป ห้องพักมูลฝอย ติดเชื้อ และมูลฝอยพิเศษ	แม่บ้าน (จ้างเหมาบริษัทเอกชน) ทำความสะอาด และดูแล ความเรียบร้อยของห้องพักมูลฝอยทั่วไป ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยพิเศษ ณ โรงรวบรวมขยะของโรงพยาบาลทุกครั้งที่มี การขนย้ายขยะไปกำจัดที่โรงขยะอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์
3. ติดตามตรวจสอบการทำงานของบริษัทจ้างเหมาเอกชนที่รับบริการจ้าง เหมาขนส่งและรวบรวมขยะทั่วไปของ มหาวิทยาลัย	เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ENVI ทำการติดตามตรวจสอบการทำงาน ของ โรงจัดการขยะแบบครบวงจร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุร นารี ตั้งแต่การรวบรวมขยะไปจนการกำจัดขยะชนิดต่าง ๆ ความถี่ 3 ครั้ง/เดือน
4. ติดตามตรวจสอบการทำงานของบริษัทจ้างเหมาเอกชนที่รับบริการจ้าง เหมาขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ENVI ทำการติดตามตรวจสอบการทำงาน ของ โรงจัดการขยะแบบครบวงจร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุร นารี ในขั้นตอนการขนส่ง และการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดย มีการบันทึกข้อมูลและปัญหาที่พบในการติดตาม พร้อมทั้งมีการ ตรวจสอบเอกสารใบกำกับการขนย้ายขยะประเภทขยะมูลฝอย ติดเชื้อ ความถี่ 4 ครั้ง/ปี



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 15 จาก 21


### 7.1 การตรวจสอบแผนตรวจสอบการบำรุงรักษา

การตรวจสอบการบำรุงรักษา ระบบการเก็บขนมูลฝอย มีความถี่โรงพักมูลฝอยทุก 1 เดือน พร้อมทั้งสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) การบำรุงรักษาประจำวัน (อ้างอิงแบบฟอร์มที่ FR-01)
  - บันทึกการเก็บขนขยะประจำวัน และเวลาในการเก็บขนขยะ
  - ปริมาณขยะในแต่ละวัน ของแต่ละชนิดขยะ
  - ตรวจสอบถังรองรับมูลฝอย มีปริมาณเพียงพอกับมูลฝอยหรือไม่
- 2) การบำรุงรักษาประจำสัปดาห์ (อ้างอิงแบบฟอร์มที่ FR-02 , FR-03 )
  - บันทึกการรับซื้อ ขยะของขยะติดเชื้อ
  - ทำความสะอาดโรงพักมูลฝอย
- 3) การบำรุงรักษาประจำเดือน (อ้างอิงแบบฟอร์มที่ FR-04, FR-05)
  - บันทึกการเก็บขนขยะและสรุปผลทุก 1 เดือน
  - ตรวจสอบโรงเรือนเก็บมูลฝอย มุงลวดต้องไม่ชำรุด ประตูปิด - เปิด ต้องไม่ชำรุด สามารถใช้งานได้
  - บันทึกผลการสรุปปริมาณขยะประจำเดือน

### 8. เอกสารอ้างอิง

- 8.1 การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ.(2545). สำหรับผู้ควบคุมและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข.พิษณุโลก.
- 8.2 คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. (มปป.) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- 8.3 คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ(ฉบับปรับปรุง). (มปป) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- 8.4 คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล. (มปป) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- 8.5 แนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี. (มปป) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. (2 ก.พ. 2560)
- 8.6 ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข 2557. คู่มือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
- 8.7 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2551. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564	หน้าที่ : 16 จาก 21

8.8 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556. เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณะระดับประเทศ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

8.9 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556. คู่มือ การจัดการมูลฝอยทั่วไป. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

9. แบบฟอร์มที่ใช้









มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล

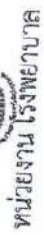
รหัสเอกสาร : WI-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 00

วันที่: 19 จาก 21

แบบฟอร์มที่ FR-03 ตารางบันทึกการทำความสะอาดยาตั้งพักยยะ

[illegible]



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

รหัสเอกสาร : WI-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 00

วันที่บังคับใช้ : 1 กรกฎาคม 2564

หน้า 20 จาก 21

แบบฟอร์มที่ FR-04 ตารางบันทึกการตรวจสอบโรงพยาบาล

[illegible]



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล

รหัสเอกสาร : WI-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 00

วันที่บังคับใช้: 1 กรกฎาคม 2564

หมายเลข : 21 จาก 21

แบบฟอร์มที่ FR-05 ตารางบันทึกผลการสรุปปริมาณขยะประจำเดือน

รายการขยะประจำเดือน ประจำปี

[illegible]

วันที่ .....  
.....  
.....

( )

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

ผู้รับแจ้ง : .....

ผู้รับทราบ : .....

สพ.อ.....ผู้ควบคุม  
(.....)  
เจ้าพนักงาน.....

อึ้ง  
.....  
) .....  
คำแหง

ภาคผนวก ค2  
แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 1 จาก 38

## แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย (Fire Safety Emergency Plan)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

นางสาวคณาวรรณ บุญนารัตน์

เลขานุการคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ผู้จัดทำ

(นายแพทย์วีรญาณ สัตยวงศ์ทิพย์)

ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม

และความปลอดภัย

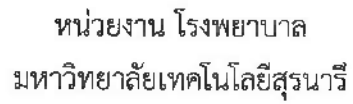
ผู้ตรวจสอบ

(อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล)

รักษาการแทนผู้อำนวยการ


โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้อนุมัติ




หน้าที่ : 2 จาก 38

[illegible]

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 38

### สารบัญ

	หน้า
1. วัตถุประสงค์	4
2. ขอบเขต	4
3. คำจำกัดความ	4-6
4. หน้าที่ความรับผิดชอบ	6
5. แผนก่อนเกิดเหตุ	7
- แผนตรวจตรา	7-13
- แผนการฝึกอบรม	13
- แผนรณรงค์	13
6. แผนขณะเกิดเหตุ	14
- แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น ( Code F เหลือง )	22
- แผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง ( Code F แดง )	23
- แผนอพยพหนีไฟ	24
7. แผนบรรเทาทุกข์	27
8. ภาคผนวก	31-38

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 38

## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินโดยเฉพาะการเกิดอัคคีภัย เพื่อให้สามารถป้องกันเหตุ และควบคุมเหตุฉุกเฉินที่จะเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1.1 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินจากอัคคีภัย
- 1.2 เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัย (กรณีเกิดอัคคีภัยนักศึกษา บุคลากร และบุคคลภายนอก ที่มารับบริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี)
- 1.3 เพื่อลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดเหตุอัคคีภัย
- 1.4 เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อนักศึกษา บุคลากร และบุคคลภายนอกที่มารับบริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 1.5 เพื่อให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย

## 2. ขอบเขต


แผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย (CODE F) ฉบับนี้ ใช้สำหรับ “พื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น โดยครอบคลุมถึงบุคลากร และบุคคลภายนอก ซึ่งมีองค์ประกอบของแผนที่ต้องดำเนินการในภาวะการณ์ต่างกัน คือ ก่อนเกิดเหตุอัคคีภัย ขณะเกิดเหตุอัคคีภัย และหลังเกิดเหตุอัคคีภัย มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1. ก่อนเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนป้องกันอัคคีภัยต่าง ๆ 3 แผน คือ แผนการตรวจตรา แผนการอบรม และแผนการรณรงค์ป้องกันอัคคีภัย
- 2.2. ขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนเกี่ยวกับการดับเพลิง และลดความสูญเสีย โดยประกอบด้วยแผนต่าง ๆ 2 แผน คือ แผนการดับเพลิง และแผนอพยพหนีไฟ
- 2.3. หลังเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วยแผนที่จะต้องดำเนินการเมื่อเหตุเพลิงไหม้สงบลงแล้ว 1 แผน คือ แผนบรรเทาทุกข์ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องจากภาวะเกิดเหตุเพลิงไหม้

## 3. คำจำกัดความ (Definition)

บุคลากรโรงพยาบาล	หมายถึง	พนักงานของโรงพยาบาลและพนักงานของมหาวิทยาลัย ที่มาปฏิบัติหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล
บุคคลภายนอก	หมายถึง	ผู้มาปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอกที่มารับบริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พื้นที่เกิดเหตุ	หมายถึง	พื้นที่ที่เป็นจุดกำเนิดของการเกิดอัคคีภัย มีอันตรายสูงมาก ทั้งจากความร้อนและควัน ผู้ที่อยู่ในบริเวณนี้ต้องได้รับการ อพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัยทันที
พื้นที่อันตราย	หมายถึง	บริเวณพื้นที่หรืออาคารที่มีผู้อาศัยพักพิงพักรักษาตัวหรือใช้



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 38

ศูนย์บัญชาการเหตุ  
ฉุกเฉิน

หมายถึง

ประโยชน์อื่น ๆ ที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย อาจได้รับผลกระทบจากควันไฟ เปลวไฟ ก๊าซพิษ จำเป็นต้องอพยพผู้ป่วย บุคลากรและทรัพย์สิน/เอกสารสำคัญทันทีที่มีการประกาศใช้แผนฉุกเฉิน  
สถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบัญชาการและประสานงานงานกับทีมงานต่าง ๆ ทั้งทีมสนับสนุนภายในและภายนอก

เสียงสัญญาณ

หมายถึง

เสียงสัญญาณแจ้งเหตุที่กำหนดไว้ เพื่อแจ้งให้ทราบทั่วกันว่าเหตุอันตรายที่เกิดขึ้นเป็นเหตุเข้าสู่สภาวะฉุกเฉินให้รีบอพยพไปยังจุดรวมพล

จุดรวมพล

หมายถึง

พื้นที่ที่ปลอดภัยซึ่งกำหนดไว้สำหรับการรวมพลกรณีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะมีป้ายข้อความ “จุดรวมพล (Assembly point)” ติดตั้งไว้

อพยพ

หมายถึง

การย้ายจากพื้นที่เกิดเหตุฉุกเฉินไปยังพื้นที่ปลอดภัย (จุดรวมพล) อย่างเป็นระบบทั้งผู้ปฏิบัติงานและอุปกรณ์หรือยานพาหนะ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีมอพยพ

ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน

หมายถึง

ทีมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเข้าระงับหรือบรรเทาเหตุการณ์ไม่ให้ลุกลามถึงขั้นรุนแรง

รหัส Code F

หมายถึง

รหัสที่ใช้แจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัยโดยแบ่งระดับการแจ้งเหตุ ดังนี้

(1) รหัส Code F เหลือง หมายถึง เหตุการณ์เพลิงไหม้เพิ่งได้รับรายงานและกำลังอยู่ในขั้นตอนการดับไฟขั้นต้น ให้ประกาศเฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ โดยให้ประกาศซ้ำ 3 ครั้ง ติดต่อกัน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากจากชั้นที่เกิดเหตุและ เตรียมพร้อมอพยพสำหรับอาคารที่เกิดเหตุ

(2) รหัส Code F แดง หมายถึง เพลิงไหม้รุนแรงยังไม่สามารถดับได้ให้อพยพหนีไฟตามแผนที่วางไว้เฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ


ระดับสถานะความปลอดภัย

หมายถึง

(1) ระดับสีเหลือง เพลิงไหม้ขยายตัวในเวลา 5-10 นาที (ไม่สามารถดับไฟได้เองในเวลาน้อยกว่า 5 นาที)

(2) ระดับสีแดง เพลิงไหม้ขยายตัวมากกว่า 10 นาที (ไม่สามารถดับไฟได้ต้องประสานกับหน่วยงานภายนอก)

(3) ระดับสีเขียว เพลิงไหม้สงบลง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 38

- |                   |         |  |
|-------------------|---------|--|
| ระดับสถานะผู้ป่วย | หมายถึง | (1) กลุ่มสีแดง หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤต ที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยหนักมาก (Coma)</li> <li>- ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- ผู้ป่วย immediate post operation บางส่วน</li> <li>- เด็กแรกเกิดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> </ul> (2) กลุ่มสีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสัญญาณชีพคงที่ แต่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวหรือบางส่วน Paralysis</li> <li>- ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด Post operation</li> <li>- ผู้ป่วย Immobilized</li> <li>- ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง Weakness</li> <li>- ผู้ป่วยเด็ก</li> <li>- เด็กแรกเกิด</li> </ul> (3) กลุ่มสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ |
|-------------------|---------|--|

#### 4. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ


4.1 คณะกรรมการฝ่ายบริหารและนโยบาย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย

3) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบายเรื่องการป้องกันและระงับอัคคีภัย
2. จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
3. จัดหางบประมาณดำเนินงาน
4. จัดซื้อแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
5. ประเมินผลการซ้อมแผน และปรับปรุงแก้ไข
6. อำนาจการแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
7. ประสานงานต่างๆ

4.2 ฝ่ายปฏิบัติงาน 1.หัวหน้าจุดปฏิบัติงานทุกจุด/หัวหน้าเวร 2.เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคน ทุกแผนก มีหน้าที่ดังนี้

- 1.จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับจุดปฏิบัติงาน
- 2.สำรวจและค้นหาความเสี่ยงในเรื่องอัคคีภัยในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- 3.อำนวยความสะดวกเบื้องต้นในการระงับอัคคีภัย
- 4.แก้ไขปัญหาอัคคีภัยขนาดเล็ก ในการ - ผจญเพลิง - ช่วยเหลือในด้านความปลอดภัยของสถานที่ - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้แก่ผู้รับบริการ และผู้ป่วย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 7 จาก 38

## 5.แผนก่อนเกิดเหตุ

5.1 แผนการป้องกัน หมายถึง การจัดเตรียมระบบความปลอดภัยให้เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐาน ดังนี้

5.1.1 การออกแบบอาคารเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โรงพยาบาลมีการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา อาคาร-สถานที่/อุปกรณ์ประกอบอาคาร/สิ่งอำนวยความสะดวกสอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎหมายและมาตรฐานของสมาคมวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังนี้

5.1.1.1 การกันแยกแบ่งพื้นที่อาคารเพื่อจำกัดผลกระทบจากการลามของไฟ (Subdivision of Building Space)

- ในแต่ละชั้นของอาคารรักษาพยาบาลจัดให้มีการกันแยกเพื่อแบ่งส่วนของอาคารเพื่อจำกัดการลามของไฟที่มี อัตราการทนไฟไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ใช้เป็นทางหนีไฟแนวราบเพื่อรองรับการอพยพ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในชั้น เบื้องต้นสามารถป้องกันการลามของไฟและควันได้ 1 ชั่วโมง

5.1.1.2 การออกแบบปรับปรุงอาคาร เพื่อป้องกันไฟลามและควบคุมการแพร่กระจายของควันมีการ ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ปิดล้อมช่องเปิดต่าง ๆ ทั้งในแนวราบและแนวดิ่งด้วยวัสดุกันไฟลาม
- 2) ชีบพื้นที่อันตรายและประเมินความเสี่ยงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยจากการ ระเบิด โดยพื้นที่ดังกล่าวได้กำหนดให้มีการปิดล้อมด้วยผนังทนไฟเพื่อป้องกันอันตรายจาก ไฟและควันโดยมีการจัดทำแผนงานและดำเนินการตามลำดับความสำคัญ

5.1.2 การกำหนดจุด (จะต้องระบุพื้นที่สำคัญในแผนฉุกเฉินให้ชัดเจน)

5.1.2.1 ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ (Fire Command Center) ตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบัญชาการ และประสานงานกับทีมงานต่างๆ ทั้งทีมสนับสนุนภายในและภายนอก

5.1.2.2 จุดรวมพล ( Assembly Point ) ดังนี้


- จุดรวมพลที่ 1 คือ บริเวณหน้าอาคารพยาธิ และหน้าอาคารโภชนาการ กรณีเกิดเหตุที่อาคารทันตกรรม ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- จุดรวมพลที่ 2 คือ บริเวณหอพระ กรณีเกิดเหตุที่อาคารพยาธิ อาคารโภชนาการ
- จุดรวมพลที่ 3 คือ บริเวณหน้าหอพักสุรนิตเวช17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรนิตเวช17

5.1.2.3 จุดจอดรถดับเพลิง มีดังนี้

- ด้านหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศ
- ด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์

5.1.2.4 จุดจอดรถพยาบาล หน้าอาคารพยาธิ

5.1.2.5 เส้นทางจราจรในโรงพยาบาลเมื่อมีเหตุการณ์ (แนบในภาคผนวก

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 8 จาก 38


### 5.1.3 ระบบความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (จะต้องสอดคล้องกับระบบความปลอดภัยอัคคีภัยของแต่ละอาคาร)

#### 5.1.3.1 ระบบเส้นทางหนีไฟ ประกอบด้วย

- 1) ทางไปสู่ทางออกหนีไฟ (Exit Access)
- 2) ทางออกหนีไฟ (Exit)
- 3) ทางปล่อยออกสู่ภายนอกอาคาร (Exit Discharge) มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้
  - กำหนดเส้นทางอพยพหนีไฟ หรือทางออกฉุกเฉินและจัดทำแผนผังแสดงเส้นทางหนีไฟให้ผู้มารับบริการและพนักงานเห็นได้ชัดเจนทั้งในห้องพักผู้ป่วย และบริเวณหน้าลิฟต์แต่ละชั้นของทุกอาคาร
  - ติดป้ายสัญลักษณ์บอกทางหนีไฟและป้ายทางออก ที่ประตูทางเข้า-ออกทุกประตูโดย กำหนดดังนี้
    - ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางออก (Exit Sign) ติดตั้งที่ประตูทางเข้า-ออกแต่ละพื้นที่และประตูทางออกสุดท้ายโดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว
    - ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางหนีไฟ/บันไดหนีไฟ (Fire Exit) ติดตั้งที่ประตูหนีไฟทุกประตู โดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว

#### 5.1.3.2 ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้เป็นชนิดกึ่งระบุตำแหน่งอุปกรณ์ (Semi Addressable) ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย

- อุปกรณ์ตรวจจับอัตโนมัติ ได้แก่ อุปกรณ์ตรวจจับควัน (Smoke Detector), อุปกรณ์ตรวจจับความร้อน (Heat Detector) และอุปกรณ์ตรวจจับอัตราการไหลของน้ำ (Flow Switch)
  - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยมือ (Manual Pull Station)
  - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยแสงและเสียง (Strobe Light & Alarm Bell)
- ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวจะทำการเชื่อมต่อกับระบบความปลอดภัยอื่น ๆ ภายในอาคาร ดังนี้
- ประตูกันควัน (Smoke Door) และ ลิ้นกันควัน (Smoke Damper) ติดตั้งที่ลิฟต์หมายเลข 12,13
  - ลิฟต์ทุกตัวหยุดให้บริการและลงมาจอดที่ชั้น 1 และเปิดค้างไว้
  - หยุดการทำงานของระบบปรับอากาศ
  - สั่งปลดล็อกประตู Access Control ในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้
  - สั่งตัดระบบก๊าซหุงต้ม





 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 9 จาก 38


#### 5.1.3.3 ระบบอัดอากาศบันไดหนีไฟ (Stair Pressurization System)





5.1.3.4 ระบบดับเพลิง ระบบดับเพลิงประกอบด้วยระบบหลัก ดังนี้ (จะต้องสอดคล้องกับระบบของอาคาร)

- 1) ระบบดับเพลิงด้วยน้ำ (Water-Based Fire Protection System) ประกอบด้วย
  - ระบบน้ำสำรองดับเพลิง (Fire Water Storage) อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และอาคารรัตนเวชพัฒน์มีถังเก็บน้ำดับเพลิงสำรองประจำอาคาร
  - มีปริมาณความจุน้ำสำรองดับเพลิง
    - อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ มีความจุ 450 ลูกบาศก์เมตร
    - อาคารรัตนเวชพัฒน์ มีความจุ 400 ลูกบาศก์เมตร
 สามารถสูบน้ำดับเพลิงได้นาน ประมาณ 30 นาที
  - ระบบส่งน้ำดับเพลิง หรือระบบเครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Fire Pump)
  - ระบบท่อยืนและสายฉีดน้ำดับเพลิง (Standpipe and Hose System)
  - ระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง (Auto Sprinkler System)
  - หัวรับน้ำดับเพลิง (FDC) จากระบบประปาของหน่วยงานราชการ ติดตั้งบริเวณหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์
- 2) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยไนโตรเจน (IG-100) เป็นระบบดับเพลิงที่ใช้วิธีลดปริมาณออกซิเจนในบรรยากาศ เพื่อให้การลุกไหม้ยุติและสิ้นสุดลง สารดับเพลิงที่นำมาใช้ เป็นก๊าซเฉื่อย (ก๊าซไนโตรเจน 100%)
- 3) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Portable Fire Extinguisher) ถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในโรงพยาบาล มี 4 ชนิด ติดตั้งในแต่ละพื้นที่ตามความเสี่ยง และชนิดของเชื้อเพลิง ดังนี้

ตารางแสดงชนิดของถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ชนิดถังดับเพลิง		ลักษณะถัง	คุณสมบัติการดับไฟ	พื้นที่ติดตั้ง
	DRY CHEMICAL ผงเคมีแห้ง	ถังสีแดง มีมาตรวัดแรงดัน		ภายนอก อาคาร
	CO2: ซี โอ ทู ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์	สายฉีดทาง กระบอกกรวย ไม่มี มาตรวัดแรงดัน		ภายใน อาคาร

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 10 จาก 38

	NON CFC : นอนซีเอฟซี	ถังสีเขียว มีมาตรวัดแรงดัน		ภายในอาคาร
	Foam : โฟม	ถังสีเงิน มีมาตรวัดแรงดัน		ภายในอาคาร (ห้องเครื่อง)

5.2 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วย แผนการตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัยและแผนการตรวจสอบการ ทดสอบและการบำรุงรักษาเครื่องมือ-อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย

#### 5.2.1 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วย การตรวจตรา ดังนี้

##### 1) การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย

- แหล่งเชื้อเพลิง/วัตถุอันตราย/ของเสียที่ติดไฟง่าย
- แหล่งความร้อน
- ก๊าซ-สารเคมีติดไฟ / สารไวไฟ
- ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้น
- เส้นทางหนีไฟ

##### 2) การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย


- อุปกรณ์แจ้งเหตุและอุปกรณ์ตรวจจับ
- หัวกระจายน้ำดับเพลิง
- ชุดดับเพลิงและสายฉีดน้ำดับเพลิง
- ถังดับเพลิง
- ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน
- ป้ายทางหนีไฟ

##### 3) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง

##### 4) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักร ห้องควบคุมไฟฟ้าและพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา

##### 5) การตรวจความปลอดภัยตามแผนงาน


##### 6) การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดยคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 11 จาก 38

7) การตรวจตราความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ/ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)

8) การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้าง/ปรับปรุง


ลำดับ	เรื่องที่ตรวจตรา	ผู้รับผิดชอบ
1	การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย 1.1 แหล่งเชื้อเพลิง / วัตถุอันตรายของเสียที่ติดไฟง่าย 1.2 แหล่งความร้อน 1.3 ก๊าซ สารเคมีติดไฟ / สารไวไฟ 1.4 ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้น 1.5 เส้นทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงาน
2	การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัยในพื้นที่ 2.1 อุปกรณ์แจ้งเหตุและอุปกรณ์ตรวจจับอัตโนมัติ 2.2 หัวกระจายน้ำดับเพลิง 2.3 ตู้ดับเพลิงและสายฉีดน้ำ 2.4 ถังดับเพลิง 2.5 ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน 2.6 ป้ายทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร่วมกับแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
3	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง	รปภ.และแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
4	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักรห้องควบคุมไฟฟ้า และพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา	แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
5	การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดยคณะกรรมการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม	คณะกรรมการความปลอดภัยฯ
6	การตรวจตราความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)	แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม
7	การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้างปรับปรุง	ฝ่ายวิศวกรรม

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 12 จาก 38

5.2.2 แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ-อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย  
 โรงพยาบาล มอบหมายให้ฝ่ายวิศวกรรมดูแลรับผิดชอบจัดทำแผนงานการตรวจสอบ  
 ทดสอบและบำรุงรักษา เครื่องมือ-อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย ดังรายการ  
 ต่อไปนี้

ชนิดการตรวจ	ความถี่การตรวจ	แบบฟอร์ม	ผู้ตรวจ
<b>1) ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้</b>			
อุปกรณ์แจ้งเหตุเพลิงไหม้ - แผงควบคุมอุปกรณ์เตือนภัย (Fire Alarm Control Panel) - อุปกรณ์ตรวจจับควัน (Smoke Detector) - อุปกรณ์ตรวจจับความร้อน (Heat Detector) - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยมือ (Manual Pull Down) - อุปกรณ์แจ้งเหตุด้วยเสียงและแสง (Strobe Light & Alarm Bell)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>2) ระบบดับเพลิงด้วยน้ำ</b>			
- แหล่งเก็บน้ำสำรอง (Fire Storage Tank) - เครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Engine Fire Pump) - เครื่องสูบน้ำรักษาแรงดัน (Jockey Pump) - ระบบท่อเย็น (Main Riser Pipe) - สายฉีดน้ำดับเพลิง (Fire Hose Reel) - หัวรับน้ำดับเพลิง (Fire Department Connection) - หัวกระจายน้ำดับเพลิง (Sprinkler Head)	- ทุกสัปดาห์ - ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำ สัปดาห์/ เดือน/ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>3) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยสารสะอาด</b>			
- สารสะอาดด้วยก๊าซไนโตรเจน	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
<b>4) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Fire Extinguisher)</b>	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร่วมกับ ฝ่ายวิศวกรรม
<b>5) ประตูหนีไฟและบันไดหนีไฟ (Fire Exit Door &amp; Stairwell)</b>	- ทุกเดือน	แบบตรวจ ประจำเดือน	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 13 จาก 38


6) ป้ายบอกทางหนีไฟ (Exit Sign)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	เจ้าหน้าที่ความ ปลอดภัย
7) ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน (Emergency Light)	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำ สัปดาห์/ เดือน/ปี	เจ้าหน้าที่ความ ปลอดภัยร่วมกับ ฝ่ายวิศวกรรม
8) ระบบอัดอากาศบันไดหนีไฟ (Pressurize Fan) , โถงลิฟต์ดับเพลิง	ทุกเดือน ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
9) แนวผนังกันควัน ประตูกันควัน และลิ้นกันควัน (Smoke Compartment)	- ทุกเดือน	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม

5.2.3 การตรวจตรา/เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัยกรณีการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ หรือมีความร้อนสูง (Hot Work Permit) โรงพยาบาลกำหนดให้มีระบบการอนุญาตทำงาน (Permit to Work) ที่ ก่อให้เกิดประกายไฟหรือมีความร้อนสูง เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอัคคีภัยจากการทำงานของ ผู้รับเหมา โดยผู้รับเหมาทุกรายต้องได้รับการอบรมชี้แจงด้านความปลอดภัยในการทำงาน และกรณีที่ต้อง ปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ หรือมีความร้อนสูงจะต้องมีการขออนุญาตตามระบบงานที่โรงพยาบาล กำหนด และได้รับอนุญาตจากผู้มีอำนาจก่อนลงมือปฏิบัติ

5.3 แผนการอบรม โรงพยาบาลกำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล บริษัท คู่สัญญา ผู้รับเหมา ผู้เช่าพื้นที่ของโรงพยาบาลประกอบกิจการในเรื่องดังต่อไปนี้

- ความรู้เกี่ยวกับอัคคีภัย/การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การดับเพลิงขั้นต้น
- การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย และการรายงานกรณีพบความเสี่ยง
- แผนผังเส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ระบบความปลอดภัยอัคคีภัย
- อบรมแผนปฏิบัติการอพยพ เมื่อเกิดเพลิงไหม้ และการซ้อมแผน
- มาตรการความปลอดภัยชั่วคราวกรณีมีการก่อสร้าง/ปรับปรุงพื้นที่
- การขออนุญาตทำงานที่ก่อให้เกิดความร้อน และประกายไฟ (Hot Work Permit)
- การกำหนดมาตรการ และบทลงโทษ เช่น การห้ามสูบบุหรี่ ห้ามจัดเก็บสารไวไฟในอาคาร การทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ และไม่มีเตรียมการเพื่อความปลอดภัย

5.4 แผนการรณรงค์ป้องกันและระงับอัคคีภัย โรงพยาบาลกำหนดให้มีการรณรงค์ด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดงานมหกรรมคุณภาพ, การจัดทำมาตรฐาน 5ส. จัดทำ Board รณรงค์ เป็นต้น

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 14 จาก 38

## 6. แผนขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้

6.1 แผนระงับอัคคีภัย เพื่อกำหนดบุคคลที่ต้องปฏิบัติภารกิจในกรณีที่เกิดเหตุเพลิงไหม้อย่างชัดเจน และกำหนดขั้นตอนการดับเพลิง ให้มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้เกิดความเสียหายจากเพลิงไหม้น้อยที่สุด แผนระงับอัคคีภัยแบ่งเป็น 2 แผนย่อย ได้แก่ แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น (Code F เหลือง) และแผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง (Code F แดง)



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

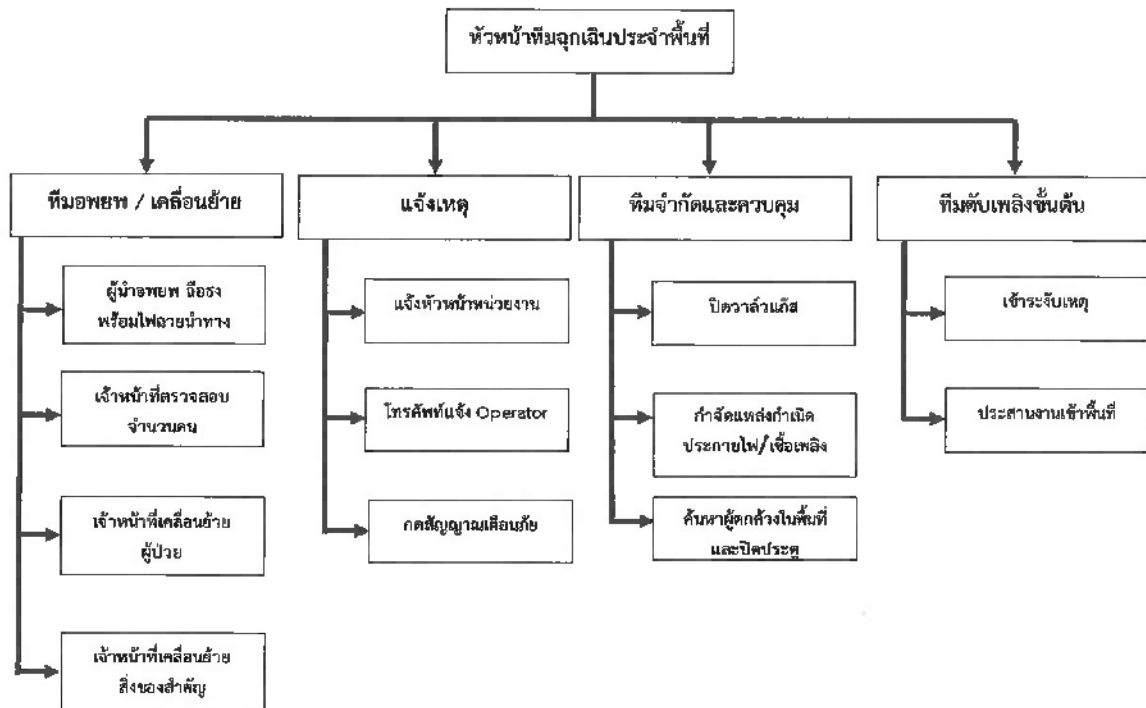
รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01


วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 15 จาก 38

### โครงสร้างทีมระงับเหตุระดับหน่วยงาน (ทีมระงับเหตุขั้นต้น)



ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ทีมเคลื่อนย้ายและช่วยชีวิต	1.เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดที่ปลอดภัยในชั้นเกิดเหตุ 2.ตรวจสอบจำนวนและรายชื่อในหน่วยงานตนเองรับผิดชอบ 3.นำทางผู้อพยพไปยังจุดรวมพล 4.เคลื่อนย้ายทรัพย์สินสำคัญที่จำเป็นตามที่หน่วยงานระบุไว้
ทีมแจ้งเหตุ	1.แจ้งเพื่อนร่วมงานทราบและรายงานหัวหน้างาน 2.โทรแจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code F 3. กดหรือดึงสัญญาณเตือนภัยที่บริเวณใกล้เคียง
ทีมจำกัดและควบคุม	1.ปิดวาล์วแก๊ส (หากมี) 2.เคลื่อนย้ายแหล่งกำเนิดประกายไฟหรือวัสดุติดไฟบริเวณใกล้เคียง (หากทำได้) 3.ตรวจสอบจำนวนผู้ตกค้างภายในพื้นที่และปิดประตูจุดที่ตรวจสอบแล้ว
ทีมดับเพลิงขั้นต้น	1.ระงับเหตุเบื้องต้น 2.ประสานงานการเข้าช่วยเหลือของทีมผจญเพลิง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 16 จาก 38

### หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานตามโครงสร้างโรงพยาบาล

ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการดับเพลิง	ให้อธิบายปฏิบัติงานนี้ 1. ผู้อำนวยการ และสั่งการให้ใช้แผนปฏิบัติการควบคุมอัคคีภัย 2. มีอำนาจในการสั่งการและขอความร่วมมือให้บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือพนักงานมาช่วยเหลือในการควบคุมอัคคีภัย 3. มีอำนาจในการสั่งการทุกฝ่ายให้หยุดหรือปฏิบัติการ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิง - ทีมผจญเพลิง - ทีมค้นหาช่วยชีวิตและเคลื่อนย้าย - ทีมไฟฟ้าและควบคุมลิฟต์	1. เมื่อเกิดเหตุให้ไปพื้นที่เกิดเหตุเพื่อรายงานสถานการณ์กับผู้อำนวยการแผน ในการบัญชาการเหตุ อุกฉุณ 2. กำกับดูแล สั่งการทีมผจญเพลิง ทีมช่าง ทีมค้นหา ในการเข้าปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน 3. เมื่อเหตุการณ์สงบเข้าสำรวจพื้นที่ ประเมินความเสียหายและผลกระทบ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายอพยพ - ทีมอพยพ - ทีมปฐมพยาบาล และส่งต่อ - ทีมพยาบาลคัดกรอง	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมเคลื่อนย้ายและอพยพ และทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ ปฏิบัติตามหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน 3. หลังเหตุการณ์สงบ ประเมินสภาพความพร้อมของสถานที่ ก่อนสั่งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับเข้าในอาคาร
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุน - ทีมประสานงาน - ทีมประชาสัมพันธ์ - ทีมข้อมูลสื่อสาร - ทีมยานพาหนะ - ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมปฏิบัติตามหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน
ทีมผจญเพลิง (ERT TEAM)	1. เมื่อเกิดเหตุเข้าระงับเหตุทันที และประเมินสถานการณ์ พร้อมรายงานสถานการณ์ให้ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิงทราบเป็นระยะ 2. ประสานงานกับทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์ เพื่อทำการตัดระบบไฟฟ้า 3. ประสานงานกับทีมค้นหาช่วยชีวิต เพื่อขอความช่วยเหลือกรณีมีผู้ได้รับบาดเจ็บ
ทีมค้นหาช่วยชีวิต	1. เมื่อเกิดเหตุรายงานตัวต่อผู้อำนวยการดับเพลิง และรับข้อมูลจากผู้ช่วย ผอ.ฝ่ายดับเพลิงเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต





หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย


รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01


วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 17 จาก 38

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. ทำการค้นหาผู้ติดค้าง และนำผู้ติดค้างมายังจุดรวมพลและรายงานต่อผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิง</li></ol>
ทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุประสานงานกับทีมผจญเพลิง เพื่อทำการตัดระบบไฟฟ้าทั้งอาคาร</li><li>2. ควบคุมลิฟต์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง</li><li>3. ตัดระบบแก๊สทั้งอาคาร</li></ol>
ทีมอพยพและเคลื่อนย้าย (แต่ละหน่วยงาน)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุ หัวหน้าทีมอพยพแต่ละแผนกเตรียมความพร้อมและสั่งการอพยพคนไข้และญาติทันที เมื่อได้รับสัญญาณเปลี่ยนเป็น Code F แดง</li><li>2. ประเมินคนไข้และจัดลำดับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง สีเหลือง สีเขียว อพยพไปยังจุดรวมพล</li></ol>
ทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุประเมินคนไข้สีแดง สีเหลือง สีเขียวที่ย้ายมาจากแผนกต่างๆ ทำหัตถการ และประสานเพื่อ Refer ส่งต่อ</li><li>2. ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นคนไข้ที่บาดเจ็บจาก Code F</li></ol>
ทีมพยาบาลคัดกรอง	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุทำการคัดกรองคนไข้ปกติ และคนไข้ที่เกิดจาก Code F เพื่อส่งต่อให้ทีมแพทย์ปฐมพยาบาล</li><li>2. ตรวจสอบยอดจำนวนคนไข้และรายงานต่อผอ.ดับเพลิง</li></ol>
ทีมประสานงาน ( ศูนย์บริการข้อมูลลูกค้า)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุ ประกาศแจ้งเหตุให้พนักงานทราบโดยใช้ รหัส Code F พร้อมรายงานต่อเลขาผู้อำนวยการดับเพลิงทันที</li><li>2. ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกและภายในโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ เพื่อขอความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อเปลี่ยนจาก Code F เหลือง เป็น Code F แดง</li><li>3. ประสานงานรับลงทะเบียนจากหน่วยงานภายนอกที่เข้าทำการช่วยเหลือในส่วนต่างๆ</li></ol>
ทีมประชาสัมพันธ์	<ol style="list-style-type: none"><li>1. เมื่อเกิดเหตุรายงานตัวต่อผู้อำนวยการดับเพลิง</li><li>2. รวบรวมข้อมูลข่าวสารของสถานการณ์การเกิดเหตุที่ถูกต้อง และเตรียมประชาสัมพันธ์ให้สัมภาษณ์ข่าวกับสื่อมวลชน</li></ol>
ทีมข้อมูลสื่อสาร ( ศูนย์วิทยุ)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ประสานงานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ได้แก่ รถฉุกเฉินโรงพยาบาล ทีมช่างและวิศวกรรม ทีม ERT เพื่อแจ้งให้เข้าระงับเหตุทันที</li><li>2. ประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแจ้งข่าวขอความช่วยเหลือทางวิทยุสื่อสาร</li></ol>

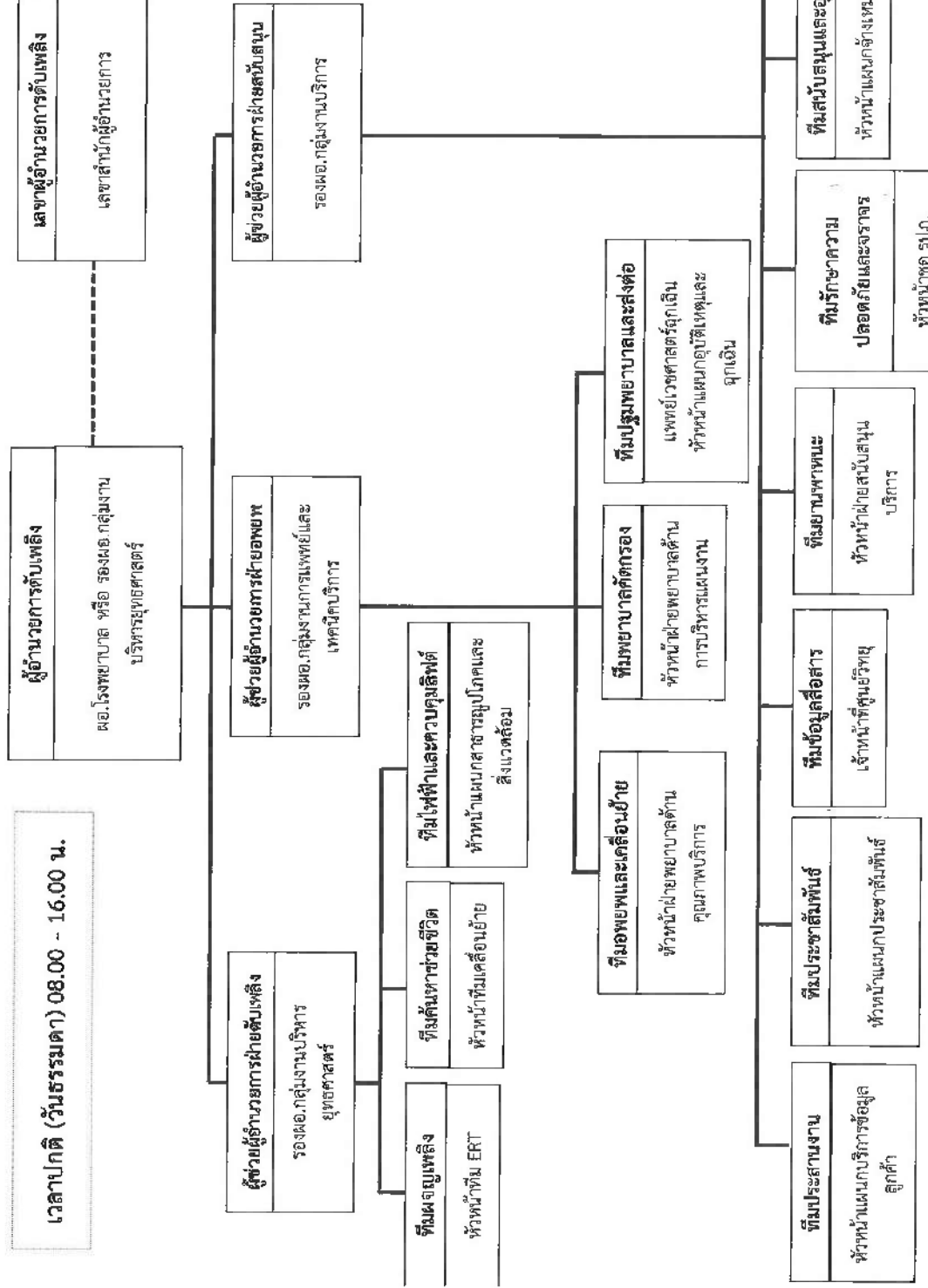
 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 18 จาก 38


	3. เป็นสื่อกลางติดต่อระหว่างหน่วยงานภายนอก และทีมประสานงาน ทางวิทยุสื่อสาร เพื่อเข้าช่วยเหลือที่จุดอำนวยความสะดวก
ทีมยานพาหนะ	1. ส่งต่อคนไข้ส่งไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ใกล้เคียง 2. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมยานพาหนะ เพื่อรับ-ส่งคนไข้ไปยังจุดปลอดภัย 3. อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายและจัดเตรียมสถานที่สำหรับจัดตั้งกองอำนวยความสะดวก
ทีมรักษาความปลอดภัยและจราจร	1. เมื่อเกิดเหตุทำการกั้นพื้นที่ ป้องกันบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในพื้นที่ 2. อำนวยความสะดวกให้กับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาลงทะเบียน และเข้ามาช่วยเหลือในจุดต่างๆ 3. จัดการจราจรภายในพื้นที่เกิดเหตุในโรงพยาบาลให้ปลอดภัย และสะดวกต่อการเข้าระงับเหตุ
ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์สำหรับจัดตั้งกองอำนวยความสะดวก จุดปฐมพยาบาล และจุดคัดกรองคนไข้ 2. ประสานงานด้านอาหารและน้ำดื่ม พร้อมอุปกรณ์ปฐมพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในระหว่างการระงับเหตุ
ทีมปฏิบัติ	1. วางแผนและดำเนินการต้อนรับ รับรองบุคลากรต่างๆ ที่มาร่วมการระงับเหตุ 2. จัดเตรียม จัดหา และประสานงานเพื่อเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ อาหาร เครื่องดื่มในการรับรองบุคลากรต่างๆ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 19 จาก 38

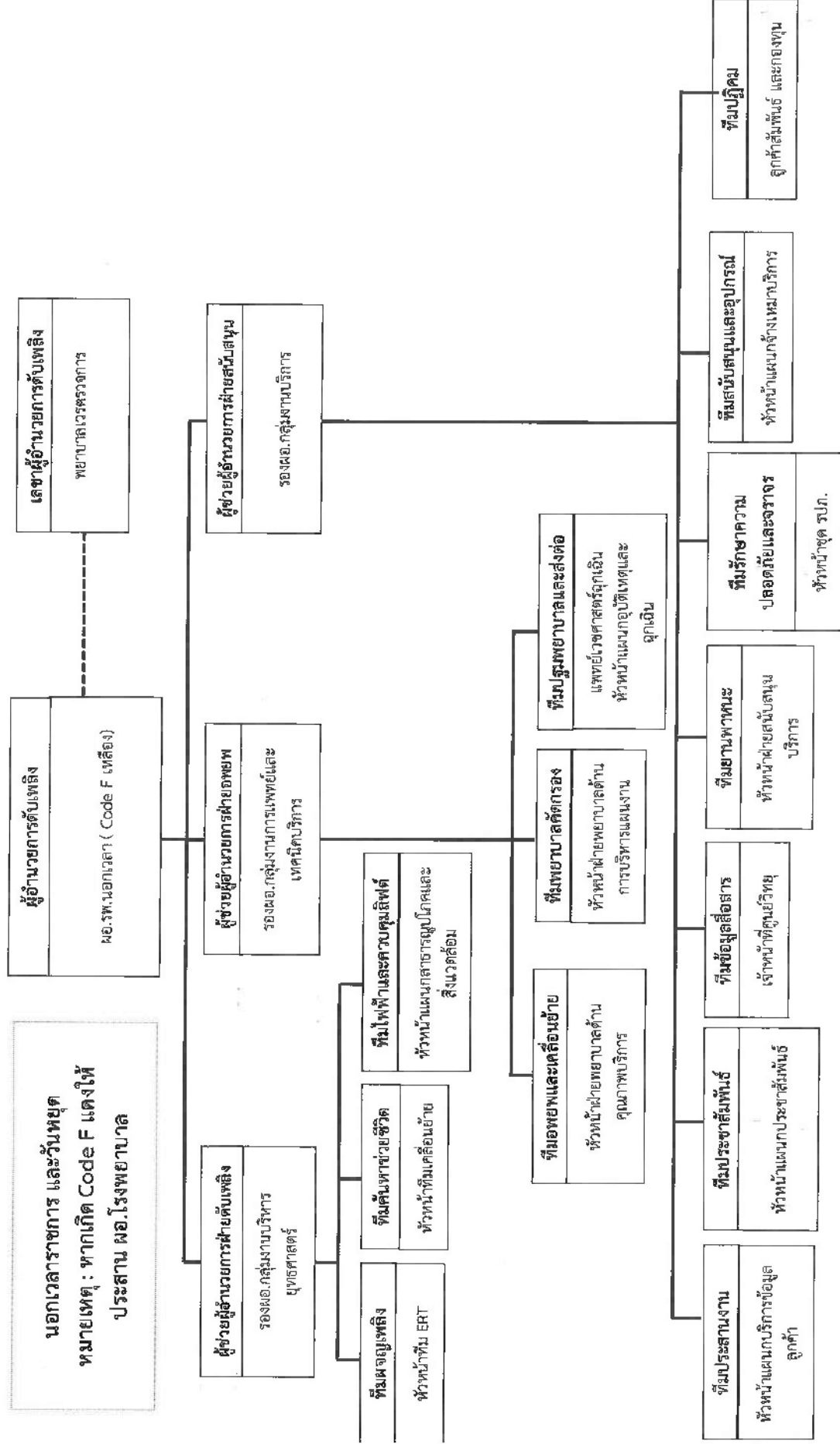
## โครงสร้างศูนย์อำนวยความสะดวก ร.พ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เวลาปกติ (วันธรรมดา) 08.00 - 16.00 น.




 <div> <div>หน่วยงาน โรงพยาบาล</div> <div>มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</div> </div>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : OP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 20 จาก 38

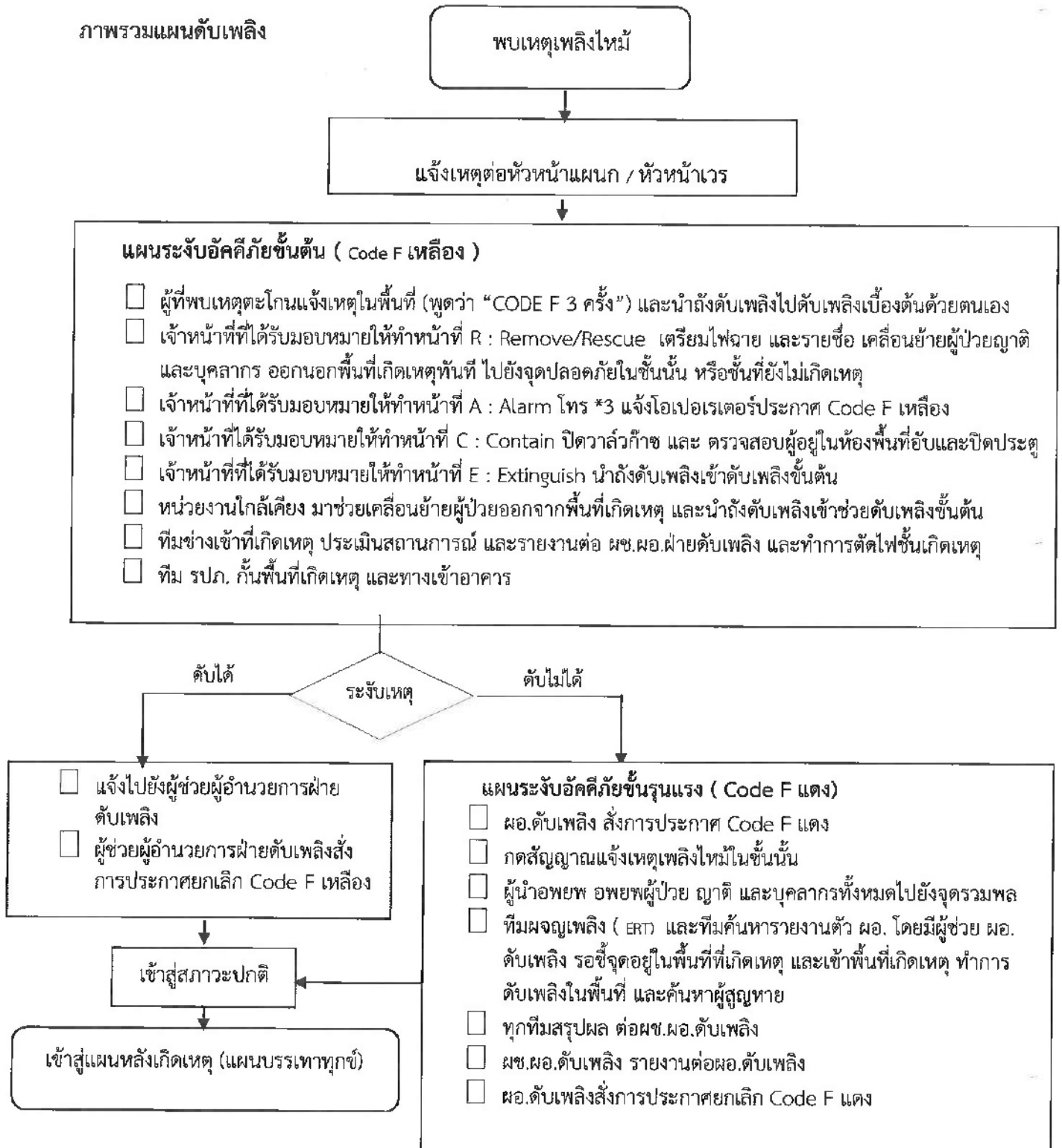
โครงสร้างศูนย์อำนวยความสะดวก ร.พ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี






 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 21 จาก 38

ภาพรวมแผนดับเพลิง



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 22 จาก 38

### แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น ( Code F เหลือง )





หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

รหัสเอกสาร : QP-ENV-001


แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

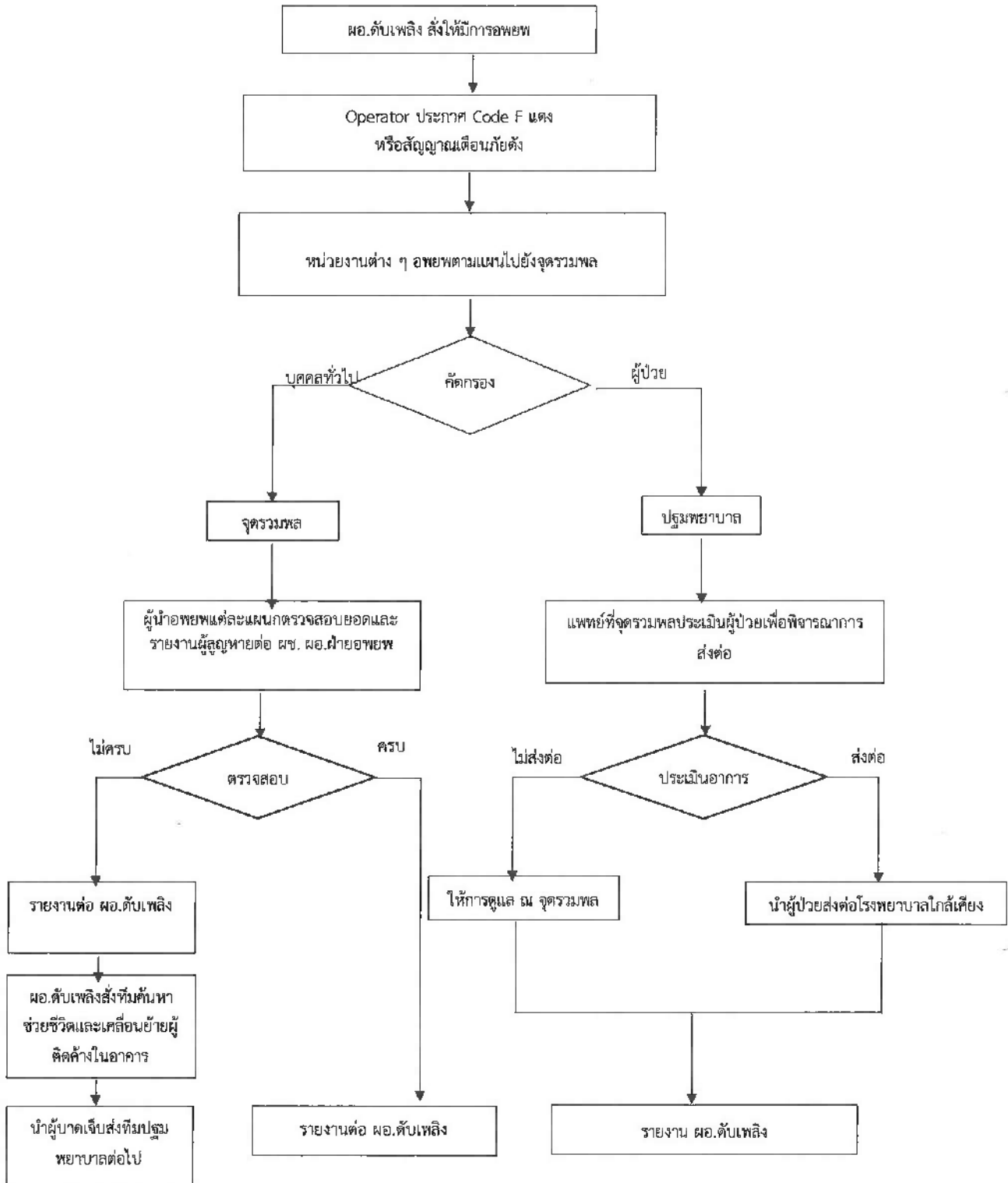
หน้าที่ : 23 จาก 38


### แผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง ( Code Fแดง )



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 24 จาก 38

## 7.2 แผนอพยพหนีไฟ



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 25 จาก 38

ทีมอพยพ: ให้เคลื่อนย้ายผู้อพยพ / ผู้ป่วย / ญาติ / เจ้าหน้าที่

ผู้นำอพยพ :


- เมื่อได้ยินเสียงประกาศ Code F เหลือง ชั้นที่เกิดเหตุอพยพผู้ป่วยไปจุดปลอดภัยทันทีและ ชั้นอื่น ๆ เตรียมการอพยพ
- เมื่อได้ยินเสียงประกาศ Code F แดง ให้อพยพทันที
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 1 สีแดง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ เจ้าหน้าที่อพยพเคลื่อนย้ายด้วย Ambulance และเตียงผู้ป่วยไปที่ลิฟต์ฉุกเฉิน
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เจ้าหน้าที่นำเคลื่อนย้ายโดยเปลสนาม ไปที่บันไดหนีไฟ
  - ผู้ป่วยประเภทที่ 3 สีเขียว ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเดินได้ เจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยญาติ ไปทางบันไดหนีไฟ

(หมายเหตุ ให้พยาบาลในพื้นที่พิจารณาผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงที่ต้องทำการส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้เคียง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ต้องส่งต่อให้อพยพไปยังจุดรวมพล)

#### ข้อปฏิบัติในการอพยพเคลื่อนย้าย

- ห้ามอพยพผู้ป่วยไปทางลิฟต์โดยสารโดยเด็ดขาด ใช้อพยพได้เฉพาะลิฟต์ที่ดับเพลิงเท่านั้น
- ให้อพยพเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติไป ณ จุดรวมพล
- หน่วยช่วยชีวิต ตั้งจุดปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดรวมพล
- ห้องคลอด ผู้ป่วยกำลังคลอด ให้หัวหน้าตึก พยาบาลหัวหน้าเวรหรือแพทย์ประเมินอาการเพื่อสั่งการ
  - ผู้ป่วยรอลคลอดและหลังคลอด เคลื่อนย้ายโดยเปลสนามเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง)
  - ทารกแรกเกิดปกติ ให้ใช้ผ้าห่อเด็กทุกราย (กรณีเด็กคนเดียวเคลื่อนย้ายโดยการอุ้มเด็ก และกรณีเด็กหลายคนให้เคลื่อนย้าย โดยการใช้ Clip)
  - ทารกแรกเกิดวิกฤต ให้ใช้ผ้าห่อตัวให้อุ่น เพื่อให้ความอบอุ่นแล้วเคลื่อนย้ายโดยการใช้ Clip ให้ออกซิเจน
- ห้องผ่าตัด
  - ผู้ป่วยกำลังผ่าตัด ถ้าประกาศ CODE F เหลือง ให้เตรียมอุปกรณ์ และเครื่องใช้ เช่น Ambu bag ผ้า Drape sterile และ set suture ถ้าประกาศ CODE F แดง ให้เย็บปิดแผลชั้น Sheet ปิดผ้า Sterile ห่อตัวผู้ป่วย เคลื่อนย้ายลงเปลนอน โดยวิสัญญีพยาบาลและศัลยแพทย์เป็นผู้สั่งการลงบันไดหนีไฟ
  - ติดต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลปึกธงชัย โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ประสานงานเพื่อ refer ไปทำการผ่าตัดต่อ และนัดหมายส่งคนไข้
  - แจ้งแผนกอพยพให้เตรียมรถ Ambulance เพื่อขนย้ายผู้ป่วย



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 26 จาก 38


#### 6. แผนก ICU

6.1 หัวหน้าแผนกสั่งการขอกำลังจากเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กำหนดเจ้าหน้าที่ 4 คน เคลื่อนย้ายเตียงคนไข้ไปยังลิฟต์ฉุกเฉิน ร่วมกับทีมเวรเปล

6.2 เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกมาได้แล้ว ให้แพทย์เจ้าของไข้/ผู้อำนวยการ เพื่อ refer ผู้ป่วยไปทำการรักษาต่อ

6.3 ผู้ป่วยที่อาการหนัก เตรียมผ้าห่มสำหรับผู้ป่วยทุกคนในการเคลื่อนย้ายและจัดเตรียมประวัติผู้ป่วยบันทึกทางการแพทย์

6.4 หลังจากเคลื่อนย้ายแล้วให้หัวหน้าแผนกตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วยและออกจากแผนกเป็นคนสุดท้าย

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 27 จาก 38

## 8. แผนบรรเทาทุกข์

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

#### 1) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ

หน่วยข้อมูลข่าวสาร ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานของรัฐตามคำสั่งของผู้อำนวยการดับเพลิง

1.1 สถานีตำรวจโพธิ์กลาง	เบอร์โทรศัพท์	044-211403
1.2 หน่วยงานรักษาความปลอดภัย มทส.	เบอร์โทรศัพท์	4444, 4567
1.3 สถานีดับเพลิงเทศบาลนครนครราชสีมา	เบอร์โทรศัพท์	044-243444
1.4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	เบอร์โทรศัพท์	044-235000
1.5 โรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา	เบอร์โทรศัพท์	044-395000
1.6 โรงพยาบาลปทุมธานี	เบอร์โทรศัพท์	044-441-011
1.7 โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	เบอร์โทรศัพท์	044-234300
1.8 ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา	เบอร์โทรศัพท์	044-242819
1.9 เทศบาลนครนครราชสีมา	เบอร์โทรศัพท์	044-242222
1.10 เทศบาลตำบลสุรนารี	เบอร์โทรศัพท์	087-8699968

#### 2) การสำรวจความเสียหาย

หน่วยปฏิบัติการเข้าสำรวจความเสียหายหลังจากเพลิงสงบกับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ

#### 3) การรายงานตัวของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย และกำหนดจุดนัดพบเพื่อรอรับคำสั่ง ณ จุดรวมพล


เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายรายงานตัวต่อผู้บังคับบัญชาตามโครงสร้าง และหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์อำนวยการดับเพลิง

#### 4) การช่วยชีวิตและค้นหาผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย โดยมีทีมผจญเพลิงและทีมค้นหาผู้สูญหาย ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- 4.1 รับแจ้งผู้สูญหาย และรายงานต่อหัวหน้าหน่วยอพยพ
- 4.2 ทำการค้นหาผู้สูญหาย
- 4.3 รายงานยอดผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้สูญหายต่อหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการเป็นระยะ ๆ
- 4.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ดับเพลิงและเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อค้นหาผู้สูญหายอย่างละเอียดอีกครั้ง

#### 5) การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย ทศพัยสิน และผู้เสียชีวิต

- 5.1 ผู้ประสบภัย: ผู้บาดเจ็บ ทีมอพยพพามายังจุดรวมพล และแจ้งทีมปฐมพยาบาลเพื่อทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือทำการส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป และแจ้งญาติให้ทราบ
- 5.2 ทศพัยสิน: ทุกหน่วยงานทำการเก็บศพัยสิน อุปกรณ์ที่สำคัญเคลื่อนย้ายออกมาพร้อมกับทีมอพยพประจำพื้นที่ ทีมเคลื่อนย้ายวัสดุภายในทำการเคลื่อนย้ายศพัยสิน ระบบเก็บข้อมูลอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ไปยังที่ปลอดภัย
- 5.3 ผู้เสียชีวิต: หน่วยข้อมูลสื่อสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจแจ้งยอดผู้เสียชีวิต

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 28 จาก 38

6) การประเมินความเสียหาย

หน่วยปฏิบัติการร่วมกับ/ฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินความเสียหายเบื้องต้น รายงานผลต่อ ผู้อำนวยการดับเพลิง

7) การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ประสบภัย/ผู้ป่วยที่ส่งต่อ

ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามคำสั่งของหัวหน้าหน่วยจัดหาและสนับสนุน หน่วยข้อมูลข่าวสารประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อขอความช่วยเหลือสำหรับผู้ประสบภัย เช่น กรมประชาสัมพันธ์ ประกันสังคม ประกันชีวิต

8) การปรับปรุงแก้ไขเฉพาะหน้า เพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการได้โดยเร็วที่สุด

ผู้อำนวยการดับเพลิง สั่งดำเนินการตามแผนดำเนินการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

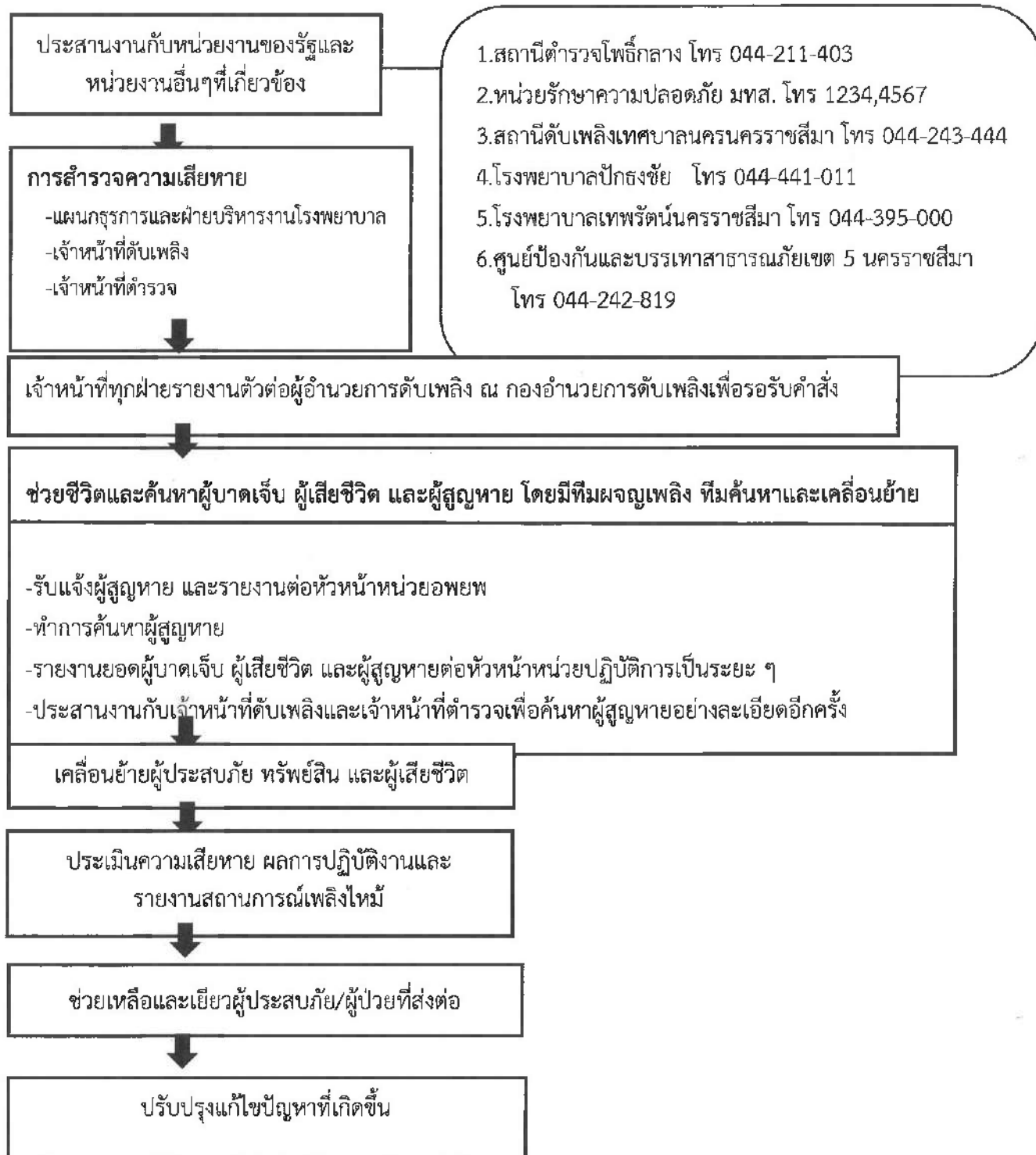
รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 29 จาก 38

### ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนบรรเทาทุกข์จากอัคคีภัย





หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 30 จาก 38

หน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการตามแผนบรรเทาทุกข์

หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบ	
	หัวหน้าทีม	สมาชิก
1. การประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
2. การสำรวจความเสียหาย	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
3. การรายงานตัวของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายและกำหนดจุดนัดพบของบุคลากร	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
4. การช่วยชีวิตและการค้นหาผู้ประสบภัย	หัวหน้าทีม ERT	หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย ทรัพย์สินและผู้เสียชีวิต	หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน	สมาชิกทีม
6. การประเมินความเสียหาย ผลการปฏิบัติงานและการรายงานสถานการณ์เพลิงไหม้	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
7. การช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ประสบภัย	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
8. การปรับปรุงแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการได้โดยเร็วที่สุด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ทีมบริหาร





หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย


รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564


หน้าที่ : 31 จาก 38

ภาคผนวก

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 32 จาก 38

### เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน

ลำดับ	ชื่อหน่วยงาน	เบอร์ติดต่อ	หมายเหตุ
<b>เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินหน่วยงานภายนอก</b>			
1	สถานีตำรวจโพธิ์กลาง	044-211403	
2	ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา	044-242819	
3	สถานีดับเพลิงเทศบาลนครราชสีมา	044-243444	
4	เทศบาลนครนครราชสีมา	044-242222	
5	เทศบาลตำบลสุรนารี	087-8699968	
<b>เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลในเครือข่าย</b>			
6	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	044-235000	
7	โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา	044-395000	
8	โรงพยาบาลปักธงชัย	044-441011	
9	โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	044-234300	
<b>หน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</b>			
10	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย มทส.	4444, 4567	
<b>หน่วยงานภายในอาคาร</b>			
11	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย	7057	
12	สาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม	6504	
13	ศูนย์วิทยุโรงพยาบาลมทส.	7024	

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 33 จาก 38

### แผนผังจุดรวมพล




**จุดรวมพลที่ 1** คือ บริเวณหน้าหอพักสุรนีเวศ17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรนีเวศ17

**จุดรวมพลที่ 2** คือ บริเวณหน้าอาคารพยาธิ และหน้าอาคารโภชนาการ กรณีเกิดเหตุที่อาคารทันตกรรม ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

**จุดรวมพลที่ 3** คือ บริเวณหอพระ กรณีเกิดเหตุที่อาคารพยาธิ อาคารโภชนาการ


หมายเหตุ : การประกาศใช้จุดรวมพลจะประกาศใช้ครั้งละ 1 จุดเท่านั้น

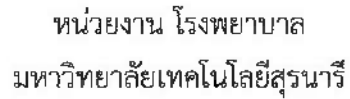
 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 34 จาก 38

### จุดรวมพลและเส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล

กรณีเกิดเหตุ : อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



หมายเหตุ :  เส้นทางอพยพไปจุดรวมพล



หน้า : 35 จาก 38

กรณีเกิดเหตุ อาคารรัตนเวชพัฒน์







หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

รหัสเอกสาร : QP-ENV-001

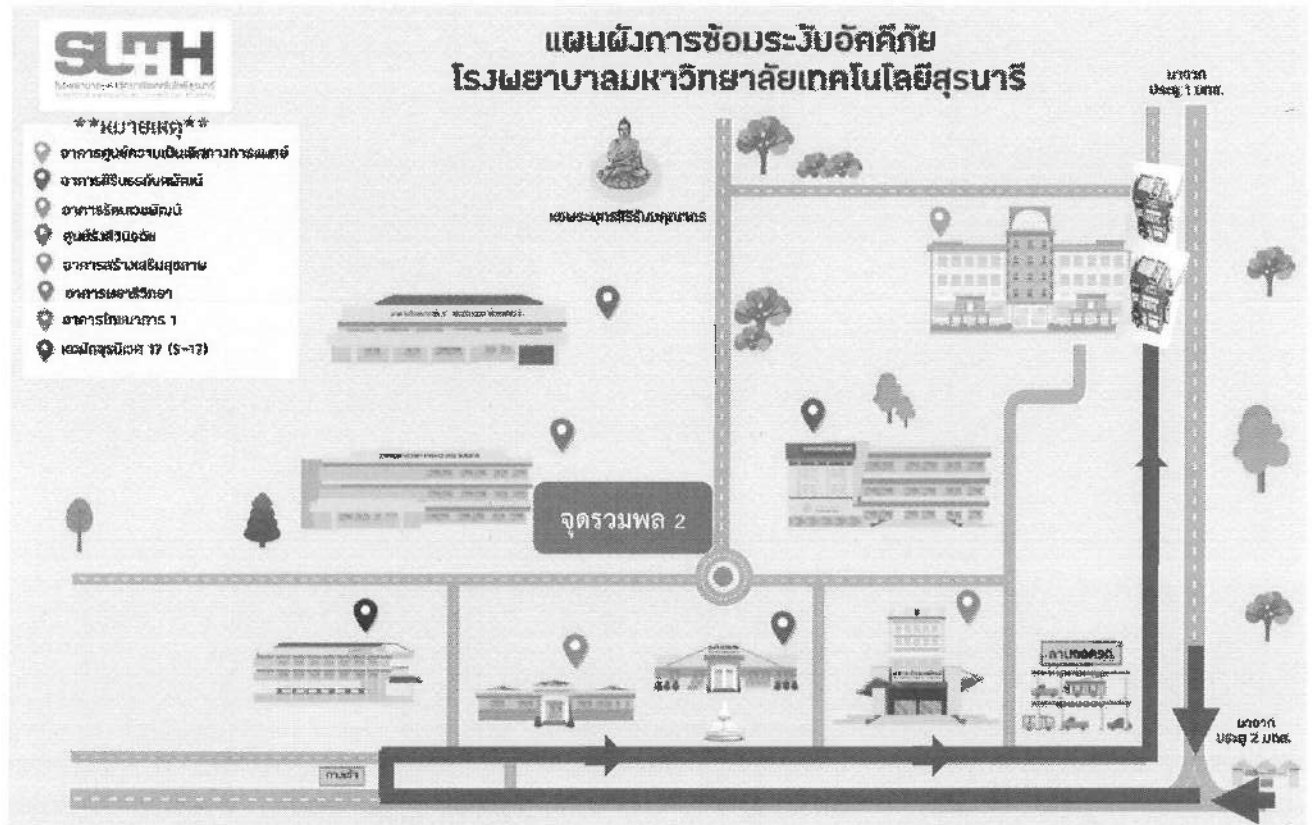
แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 36 จาก 38

### เส้นทางและตำแหน่งจุดจอดรถดับเพลิง

กรณีเกิดเหตุ : อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์




หมายเหตุ



เส้นทางรถดับเพลิง



จุดจอดรถดับเพลิง

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 37 จาก 38

## เส้นทางและตำแหน่งจุดจ่อรถดับเพลิง

กรณีเกิดเหตุ : อาคารรัตนเวชพัฒน์




หมายเหตุ



เส้นทางรถดับเพลิง



จุดจ่อรถดับเพลิง

 <b>หน่วยงาน โรงพยาบาล</b> <b>มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</b>	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 38 จาก 38

**จัดทำบัญชีแยกประเภท อุปกรณ์การแพทย์ ยา เคมีภัณฑ์ ทรัพย์สิน และเอกสารสำคัญ**

- 1) สต็อกเกอร์สีแดง เพียง 1 ชั้น สิ่งของสำคัญที่สุด เพียงชั้นเดียว
  - อุปกรณ์หรือสิ่งของที่มีราคาแพง
  - มีน้ำหนักเบา สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยคนเพียงคนเดียว
- 2) ยาฉีด ยาเม็ดที่มีราคาแพง หรืออุปกรณ์ที่สำคัญรองลงมา
  - บรรจุอย่างเรียบร้อย
- 3) สต็อกเกอร์สีเขียว ได้หลายชั้นตามสมควร
  - เวชระเบียน ประวัติผู้ป่วย
  - สารน้ำ ยาน้ำ
  - เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องใช้ ครุภัณฑ์

**วิธีปฏิบัติ**

- 1) หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงานจัดทำบัญชีแยกประเภทวัสดุไว้
- 2) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้ายสิ่งของแต่ละชั้นและจัดในกลุ่มเคลื่อนย้ายทรัพย์สิน-กู้ชีพ
- 3) มีธงพลาสติกที่มีเครื่องหมายหรือชื่อหน่วยงานเพื่อบรรจุสิ่งของแยกชั้น
- 4) เคลื่อนย้ายสิ่งของตามลำดับความสำคัญ

**บัญชีแยกประเภท อุปกรณ์การแพทย์ ยา เคมีภัณฑ์ ทรัพย์สิน และเอกสารสำคัญ**

หน่วยงาน/แผนก.....

ประเภททรัพย์สิน	รายชื่ออุปกรณ์ฯ	รายชื่อผู้ขนย้าย
ประเภทที่ 1 สต็อกเกอร์สีแดง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 2 สต็อกเกอร์สี เหลือง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 3 สต็อกเกอร์สี เขียว (หลายชั้นได้ตามสมควร)		

### ภาคผนวก ค3

แผนการรวบรวมขยะและขนส่งขยะภายในโครงการ



เลขที่ MK1-20/133

วันที่ 22 พฤษภาคม 2563  
เรื่อง ขี้เถ้ากระบวนการในการกำจัด Lab Waste  
เรียน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตามที่บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด ได้ให้บริการรับกำจัดของเสียใช้แล้วจากห้องปฏิบัติการให้กับ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และได้ทำการขนย้ายของเสียเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 ตามเอกสารใบกำกับการขนส่งของเสียอันตราย เลขที่ MF.20/1539 ทางบริษัทฯ ขอชี้แจงการจัดการของเสียอันตรายโดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ตารางสรุปน้ำหนักสารเคมีที่ผ่านกระบวนการกำจัดของเสีย

Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
Mixed Solvent	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	995.0
Acid - Base	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นความเป็นกรด-เบส หลังจากนั้นจะทำการ Naturalization ให้มีค่า pH เป็นกลางก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์ หรือเตาเผาขยะอันตราย	405.3
High-Toxic	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ De-toxic ตามแต่ละประเภทของสารเคมี ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์ หรือเตาเผาขยะอันตราย	284.5
Heavy Metal	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นตามลักษณะทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นเป็นการปรับปรุงคุณภาพของเสียโดยการตกตะกอน โดยในส่วนของแข็งจะทำการรวบรวมก่อนนำไปฝังกลบแบบปลอดภัย (Secure Landfill) ขณะที่ของเสียที่เป็นของเหลวจะส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์	1,384.2
Solid Waste	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นตามลักษณะทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	23.5





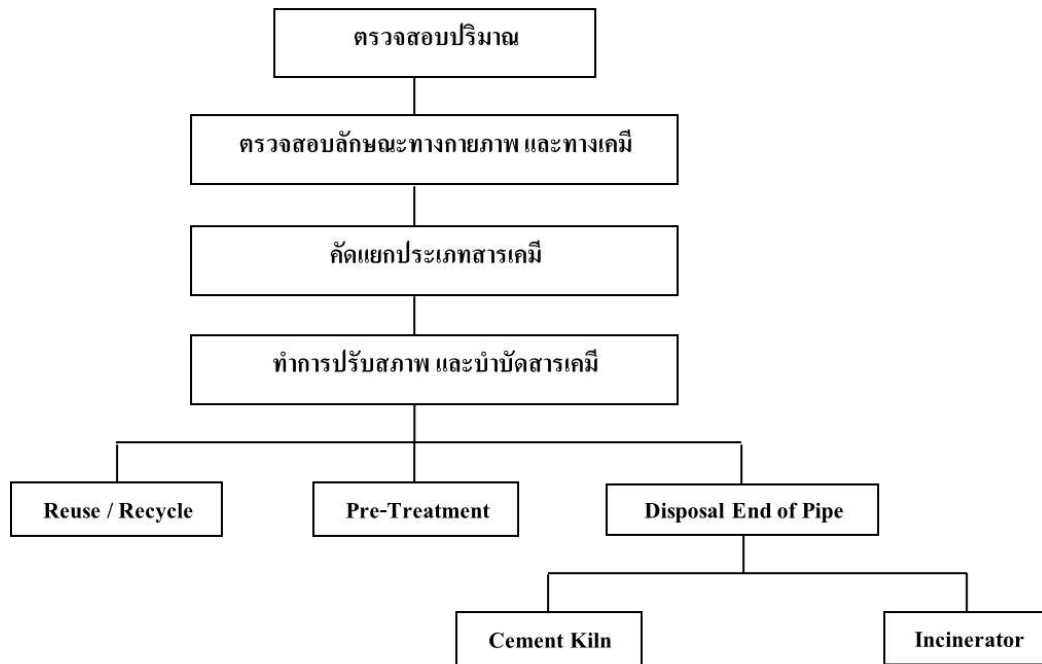
Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
ภาชนะปนเปื้อน	ในขั้นตอนหลังจากถ่ายเทของเสียออกแล้วจะนำภาชนะไปล้าง หลังจากล้างเสร็จจะนำของเสียที่ได้จากการล้างภาชนะไปเผาที่เตาเผาโรงงานซีเมนต์ จากนั้นแยกประเภทของขวดสารเคมี ส่วนที่เป็นขวดพลาสติกจะนำไปเผาที่เตาเผาขยะอันตราย และส่วนที่เป็นขวดแก้วนั้นจะนำไปทุบและส่งไปยังโรงงานกระเบื้องเพื่อแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์กระเบื้องปูพื้นต่อไป	857.5
Total		3,950



ขอแสดงความนับถือ  
กัญญาพัชร ไตรชนานันท์  
(Sale Support)

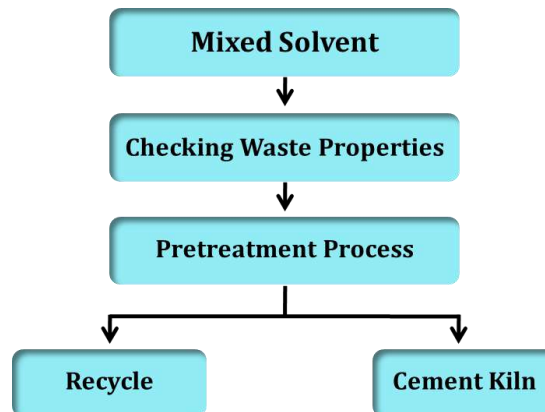
## เอกสารแนบ

### 1. แผนผังกระบวนการกำจัดสารเคมี

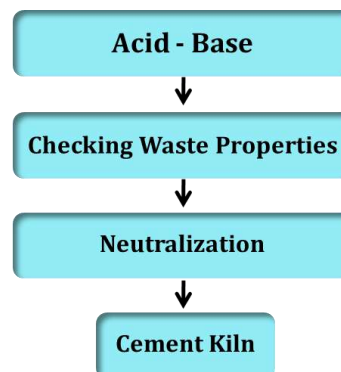


เอกสารแนบ

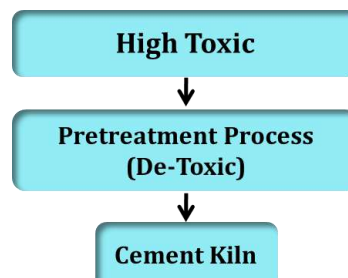
**2. Flow chart of Mixed Solvent Disposal Process (Hydrocarbon and Halogen, Inorganic)**



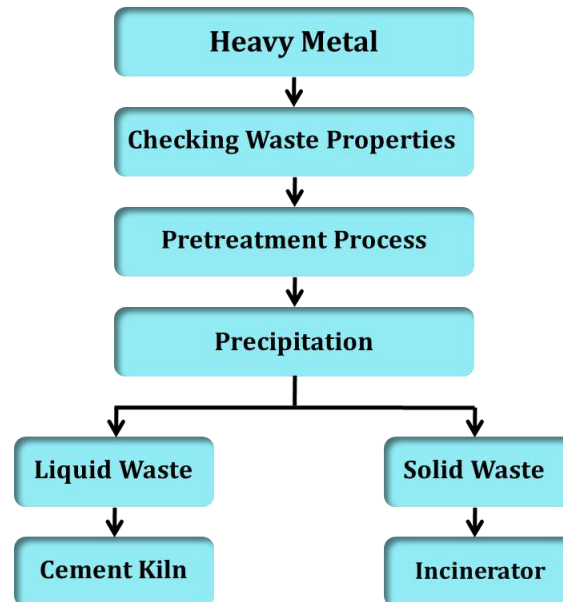
**3. Flow chart of Acid-Base Disposal Process**



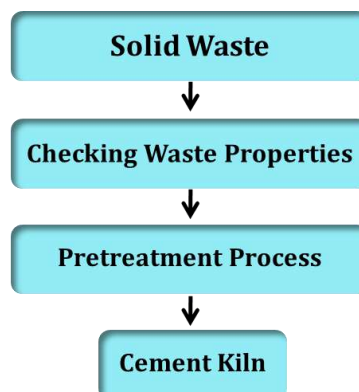
**4. Flow chart of High Toxic Disposal Process**



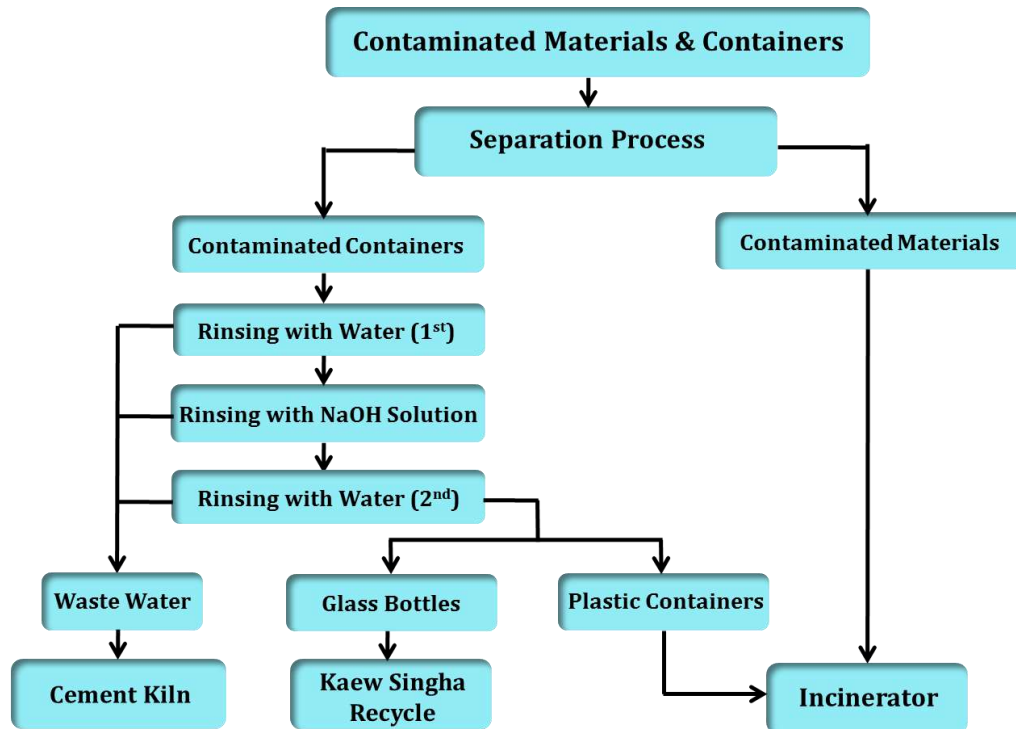
##### 5. Flow chart of Heavy Metal Disposal Process



##### 6. Flow chart of Solid Waste Disposal Process



## 7. Flow chart of Contaminated Container Disposal Process







## ใบอนุญาต

### ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๓/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่...๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี.... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา....  
จังหวัด.....นครราชสีมา.... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ .....๕,๐๐๐.-..... บาท ...(-ห้าพันบาทถ้วน-)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๘๐๖...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่ ...๑๑๑... หมู่ที่...๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี.... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา....  
จังหวัด.....นครราชสีมา.... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ต้องปฏิบัติตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.๒๕๕๖  
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้
- (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ...๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ





## ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00816/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

### เทศบาลตำบลสนารี่

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการเก็บ ขน สิ่งปฏิกูล หรือมูลฝอย	41230001	5,000.00	111 ม.6 ถนน มหา วิทยาลัย ต.สนารี่ อ .เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			5,000.00	
ตัวอักษร (ห้าพันบาทถ้วน )				

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

( นางปัทมา จุฑานิตย์ )

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้



## ใบอนุญาต

### ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่..๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี.... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
จังหวัด.....นครราชสีมา.... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ .....๑๐,๐๐๐..... บาท ...(-หนึ่งหมื่นบาทถ้วน-)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT..... ๐๐๘๐๘ /๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่ ๑๑๑... หมู่ที่..๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี.... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
จังหวัด.....นครราชสีมา.... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ต้องปฏิบัติตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๐  
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้
- (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ...๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



(นายสมยศ รัตนปริยานุช)

นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี

เจ้าพนักงานท้องถิ่น

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ

ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00819/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสนารี่

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตอื่นๆ	41239999	10,000.00	ประกอบกิจการ รับทำ การเก็บและขนมูลฝอย ติดเชื้อ 111 ม.6 ถ.มหา วิทยาลัย ต.สนารี่ อ .เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			10,000.00	

ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

( นางปัทมา จุฑานิตย์ )

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้





## ใบอนุญาต

### ประกอบกิจการ รับทำการกำจัด สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่...๖..  
ตรอก/ซอย.....ถนน มหาวิทยาลัย แขวง/ตำบล...สุรนารี... เขต/อำเภอ...เมืองนครราชสีมา....  
จังหวัด...นครราชสีมา... หมายเลขโทรศัพท์...๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ ๕,๐๐๐.- บาท ...(-ห้าพันบาทถ้วน-)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๖๑๓...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งอยู่เลขที่ ๑๑๑... หมู่ที่...๖..  
ตรอก/ซอย.....ถนน มหาวิทยาลัย แขวง/ตำบล...สุรนารี... เขต/อำเภอ...เมืองนครราชสีมา....  
จังหวัด...นครราชสีมา... หมายเลขโทรศัพท์...๐๔๔-๒๒๔๘๔๔....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ต้องปฏิบัติตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.๒๕๕๖  
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้
- (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ...๓๑...เดือน...ธันวาคม...พ.ศ....๒๕๖๓....

ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน...มกราคม...พ.ศ....๒๕๖๓....

(ลงชื่อ)



(นายสมยศ รัตนปริยานุช)

นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี

เจ้าพนักงานท้องถิ่น

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00817/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสนารี่

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย	41230002	5,000.00	111 ม.6 ถนน มหาวิทยาลัย ต.สนารี่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			5,000.00	
ตัวอักษร (ห้าพันบาทถ้วน )				

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

( นางปัทมา จุฑานิตย์ )

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้





## ใบอนุญาต

### ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่..๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน  
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ .....๑๕,๐๐๐.- บาท ...(-หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน-)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๑๐๙/๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 มค 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่า .....มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่ ...๑๑๑... หมู่ที่..๖..  
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน .....มหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....  
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๘๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) ต้องปฏิบัติตามเทศบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๖๐

และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้

(๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ...๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่ .....๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



(นายสมยศ รัตนปรียานุช)

นายกเทศมนตรีตำบลสุรนารี

เจ้าพนักงานท้องถิ่น

คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ  
ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ





ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00818/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุนารี

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตอื่นๆ	41239999	15,000.00	ประกอบกิจการ รับทำ การจัดมุลฝอยติดเชื้อ 111 ม.6 ถ.มหาวิทยาลัย ต.สุนารี อ.เมือง จ. .นครราชสีมา
รวมเงิน			15,000.00	

ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

(นางปัทมา จุฑานิตย์)

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้

ดช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บขน ที่อยู่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007  
ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
เลขทะเบียน 84-5639 ชื่อคนขับรถ วาฬดำ โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อการผิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
2-3-63	ร. น. ศรีหริ	11.30	12.00	565	ทช. 16	ช. 16

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : โรงกำจัดมูลฝอย น. 11161 ศรีหริ อ.เมือง จ.สุรินทร์

โทรศัพท์ โทรสาร 565 กิโลกรัม  
คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ 565 กิโลกรัม  
ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น ว.ด.ป. 2-3-63 ที่รับมอบ

ดช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บขน ที่อยู่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007  
ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
เลขทะเบียน 84-5639 ชื่อคนขับรถ วาฬดำ โทรศัพท์  
ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อการผิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
1/6/63	รพ. ม. 16	11.00	11.40	560	ช. 16	ช. 16

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น

สถานที่กำจัด : น. 11161 ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร 580 กิโลกรัม  
คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ 580 กิโลกรัม  
ชื่อตัวบรรจง ช. 16 ช. 16 ลายเซ็น ช. 16 ว.ด.ป. 1/6/63 ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บขน ที่อยู่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 99-5639 ชื่อคนขับรถ กฤษณ์ โทรศัพท์  
 ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ  
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
02.63	ร.พ.สุรินทร์	13.00	13.30	560	ร.พ.สุรินทร์	ร.พ.สุรินทร์

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น  
 สถานที่กำจัด : โรงกำจัดขยะ ม.ท.ร. ที่อยู่ 111 ต.สุรินทร์ อ.เมือง จ.สุรินทร์  
 โทรศัพท์ โทรสาร 560 กิโลกรัม  
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ 560 กิโลกรัม  
 ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น ว.ด.ป. 2.63 ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บขน ที่อยู่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 044-225-007  
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ  
 เลขทะเบียน 89-5639 ชื่อคนขับรถ อภิชาติ โทรศัพท์ 0830915504  
 ชื่อพนักงานเก็บขน โทรศัพท์

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ  
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
21.63	ร.พ.สุรินทร์	10.30	11.45	833	ร.พ.สุรินทร์	ร.พ.สุรินทร์

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น  
 สถานที่กำจัด : โรงกำจัดขยะ ม.ท.ร. ที่อยู่ 111 ต.สุรินทร์ อ.เมือง จ.สุรินทร์  
 โทรศัพท์ โทรสาร 833 กิโลกรัม  
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ 833 กิโลกรัม  
 ชื่อตัวบรรจง ลายเซ็น ว.ด.ป. 21.63 ที่รับมอบ



คำรับรองของผู้ก่อการนิเทศ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบผลสอยติดตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ จัดป้าย และ  
ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
คำรับรองของผู้จัดทำ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับข้อมูลย่อดิจิตัลข้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ ๕๘๐ กิโลกรัม  
ชื่อตัวบรรจง อัจฉริยะ จันทนวิทย์ ลายเซ็น อ.จัน ว.ล.ป./๖/๖๓ ที่รับมอบ

คำรับรองของผู้ก่อการนิเทศ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ  
 สลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

โทรศัพท์..... โทรสาร..... 565  
คำรับรองของผู้กำกับ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมรดกสอยคิดเชื่อตามที่จะระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม  
ชื่อตัวรับรอง..... สายเงิน..... ว.ค.ป. ๒๖-๖๓ ที่รับมอบ

ภาคผนวก ค4  
แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

รหัสเอกสาร : QP-ENV-002

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 1 จาก 10

## แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

(CODE LIFT)

สุภัทสร เกตุศักดิ์

(นางสาวสุภัทสร เกตุศักดิ์)

วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้จัดทำ

ป. ธีระ

(นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์)

ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม

และความปลอดภัย

ผู้ตรวจสอบ

✓

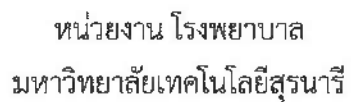
(อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล)

รักษาการแทนผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้อนุมัติ






รหัสเอกสาร : QP-ENV-002

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 2 จาก 10

[illegible]

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 10

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อจัดทำแผนการโต้ตอบเหตุฉุกเฉินสำหรับลิฟต์
- 1.2 เพื่อป้องกันการสูญเสียทางทรัพย์สินหรือชีวิตของบุคลากรและบุคคลภายนอก

### 2. ขอบเขต

แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์ (Code Lift) ฉบับนี้ ใช้สำหรับ “พื้นที่อาคารภายในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น โดยครอบคลุมถึงบุคลากรและบุคคลภายนอก

### 3. คำจำกัดความ

ผู้ประสบเหตุ	หมายถึง	ผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ามาใช้บริการภายในโรงพยาบาล รวมถึงพนักงานหรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ทีมผู้ให้การดูแลรักษา	หมายถึง	พยาบาล ณ จุดคัดกรอง และพยาบาลแผนก ER
พื้นที่เกิดเหตุ	หมายถึง	ลิฟต์ที่เกิดเหตุขัดข้อง ชื่ออาคาร และชั้นที่เกิดเหตุ
รหัส Code Lift	หมายถึง	รหัสที่ใช้แจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับลิฟต์ โดยให้ประกาศซ้ำ 3 ครั้ง ติดต่อกัน

### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 4.1 เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย : มีหน้าที่ประสานงานและช่วยเหลือผู้ติดค้างภายในลิฟต์ และกั้นพื้นที่ซึ่งบ่งอันตรายและดูแลความปลอดภัยบริเวณจุดเกิดเหตุ
- 4.2 ทีมช่างจากแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม : มีหน้าที่ตรวจสอบและแก้ไขลิฟต์หรือประสานงานบริษัทภายนอกเพื่อแก้ไขให้ลิฟต์สามารถใช้งานได้อย่างปกติ
- 4.3 Operator : มีหน้าที่แจ้งประกาศ Code Lift
- 4.4 เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยุ : มีหน้าที่ สื่อสารกับ รปภ. กับทีมช่าง กรณีได้รับแจ้งจากผู้ประสบเหตุกด \*3 แจ้ง Operator
- 4.5 หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลา : มีหน้าที่บริหารจัดการการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ ให้ได้รับความปลอดภัยแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะเกิดเหตุ
- 4.6 เจ้าหน้าที่เวรเปล : มีหน้าที่เตรียมความพร้อมในการขนย้ายช่วยเหลือ ลำเลียงผู้ประสบเหตุออกจากลิฟต์ และนำส่งไปยังพื้นที่ปลอดภัย
- 4.7 ทีมผู้ให้การดูแลรักษา : มีหน้าที่ประเมินสภาพร่างกายและให้ความช่วยเหลือผู้ติดค้างในลิฟต์

### 5. การปฏิบัติกรณีเกิดลิฟต์ขัดข้อง

ลิฟต์ถือเป็นอุปกรณ์สำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้คน และสิ่งของต่าง ๆ จากชั้นหนึ่งไปยังอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการขนย้ายผู้ป่วย โดยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีอาคารทั้งหมด 8 อาคาร และอาคารที่มีลิฟต์มี 5 อาคาร ได้แก่ อาคารรัตน



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

รหัสเอกสาร : QP-ENV-002

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 4 จาก 10

เวชพัฒนา 12 ชั้น, อาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย 2 ชั้น, อาคารพยาธิ 3 ชั้น, อาคารสิรินธรทันตพัฒนา 3 ชั้น และอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 12 ชั้น

ลิฟต์ทั้งหมดรับกระแสไฟฟ้าผ่านแห่งจ่ายไฟฟ้าฉุกเฉินของอาคาร และจะเคลื่อนที่ลงมาจอดที่ชั้นใกล้ที่สุดพร้อมเปิดประตูออกในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้ และเพื่อให้เกิดความพร้อมใช้งานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ทำสัญญาบำรุงรักษาลิฟต์ กับบริษัทภายนอกเพื่อดำเนินการแก้ไขได้ทันที ในกรณีเกิดปัญหา แผนภาวะฉุกเฉินเมื่อระบบลิฟต์ขัดข้อง มีดังนี้

- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป เช่น ลิฟต์กระตุก, มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ เป็นต้น
- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์
- แผนการป้องกันไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟต์

#### 5.1 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป

แผนการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทั่วไป ในกรณีลิฟต์เกิดเหตุขัดข้อง เช่น ลิฟต์วิ่งกระตุก มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ ปุ่มกดใช้งานไม่ได้ อื่น ๆ และไม่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์ ให้ผู้พบเห็นปฏิบัติ ดังนี้

1) หากพบเห็นลิฟต์ที่ใช้งานไม่ได้ ให้ทำการแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่อยู่ใกล้ที่สุด หรือโทรไปที่แผนกสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เบอร์โทร 6504

#### 5.2 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องโดยมีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์

1) เมื่อลิฟต์ขัดข้องผู้โดยสารที่อยู่ภายในลิฟต์ทำการกดปุ่มขอความช่วยเหลือ และโทรแจ้งรายที่เบอร์ติดต่อฉุกเฉินภายในลิฟต์ โดยรายละเอียดที่ต้องแจ้งมีดังนี้

- แจ้งอาคาร หมายเลขลิฟต์ (ภายในลิฟต์ทุกเครื่องจะมีหมายเลขประจำลิฟต์ติดอยู่)
- แจ้งชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่ ซึ่งเป็นการประมาณโดยผู้โดยสารภายในลิฟต์ หากสามารถแจ้งชั้นได้

แน่นอนจะทำให้ช่วงทำการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

- ผู้โดยสารภายในลิฟต์ต้องห้ามทำการกดประตูลิฟต์เองเป็นอันขาด ซึ่งช่างจะไปถึงที่เกิดเหตุภายในภายใน 10 นาที และทำการช่วยเหลือต่อไป



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

รหัสเอกสาร : QP-ENV-002

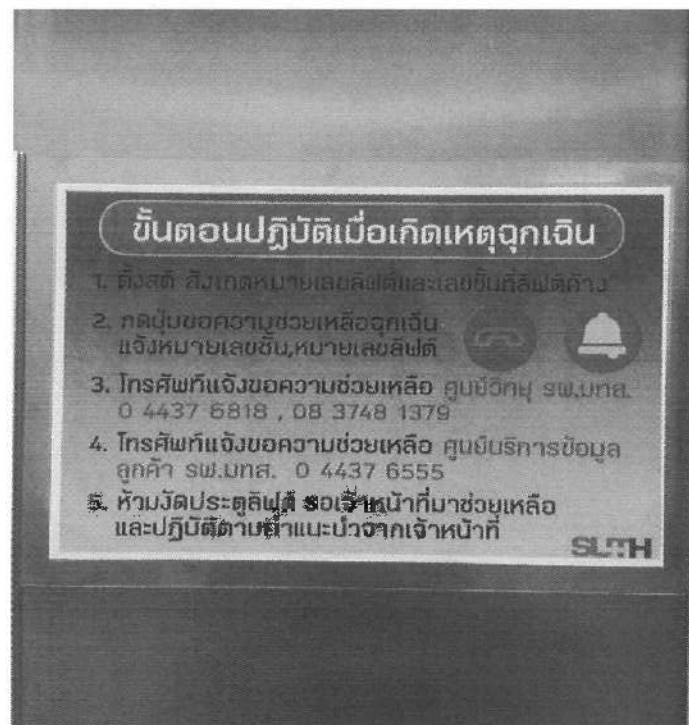
แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564


หน้าที่ : 5 จาก 10

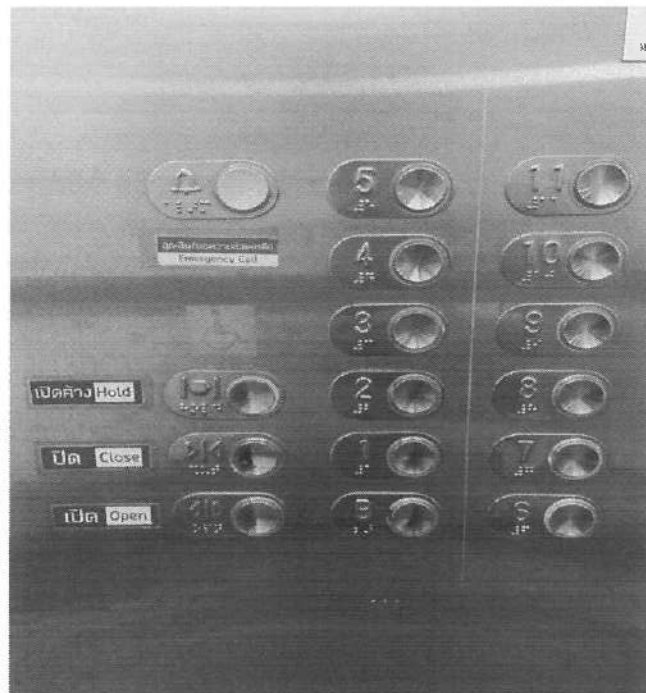


รูปที่ 1 รูปแสดงตัวเลขประจำลิฟต์ที่อยู่ภายใน



รูปที่ 2 รูปแสดงเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินภายในตู้โดยสารลิฟต์

 หน่วยงาน วิทยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 10



รูปที่ 3 รูปแสดงปุ่มกดขอความช่วยเหลือหรือแจ้งเหตุฉุกเฉินภายในลิฟต์



รูปที่ 4 รูปที่แสดงป้ายติดแจ้งผู้โดยสารภายในลิฟต์ กรณีกระแสไฟฟ้าดับ



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

รหัสเอกสาร : QP-ENV-002

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 7 จาก 10

## 2) แผนการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์

- เมื่อได้รับแจ้งเรื่องมีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์ หรือเกิดเหตุการณ์ลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายใน ให้ทำการสอบถามอาคารที่เกิดเหตุ ชั้นที่เกิดเหตุ และหมายเลขชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่
- เมื่อช่างเข้าถึงพื้นที่เกิดเหตุ ทำการดูหมายเลขที่บอกชั้นหน้าลิฟต์ ของชั้นที่ 1 หรือใช้กุญแจเปิดประตูขานพักแล้วมองดูหาผู้โดยสาร แต่ต้องมีความระมัดระวัง เพราะอาจพลัดตกลงไปในช่องลิฟต์ได้
- เมื่อทราบว่าลิฟต์อยู่ชั้นไหน ถ้าในกรณีไฟฟ้าดับเมื่อลิฟต์ค้างประตูจะปิดสนิท แต่ถ้าประตูปิดไม่สนิทให้เข้าช่วยเหลือผู้โดยสารออกจากลิฟต์ได้เลย

3) เมื่อทำการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์แล้วเรียบร้อย ให้ทำการแจ้งไปยังศูนย์วิทยุ เพื่อทำการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉิน

## 4) เข้าสู่สถานการณ์ปกติ

### 5.3 แผนการป้องกันอัคคีภัยสำหรับการใช้ลิฟต์

ลิฟต์ภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีทุกตัว จะมีป้ายบอก “ห้ามใช้ลิฟต์ขณะเกิดเพลิงไหม้” เพื่อเป็นการเตือนป้องกันในเบื้องต้น และมีระบบป้องกันอัคคีภัยอยู่ 3 ระบบ ดังนี้

5.3.1 ระบบ Fire Switch จะเป็นระบบ Manual ซึ่งจะทำงานก็ต่อเมื่อต้องมีเจ้าหน้าที่ปิดกุญแจ Fire Switch ที่ติดตั้งอยู่หน้าลิฟต์บริเวณชั้น 1 หากมีเหตุอัคคีภัยเกิดขึ้นระบบจะไม่สามารถทำงานได้เอง แต่หากมีเจ้าหน้าที่มาปิดกุญแจ Fire Switch ลิฟต์จะหยุดรับคำสั่งทั้งหมดและจะเคลื่อนที่มายอดที่ชั้นล่างสุด เพื่อเปิดประตูให้ผู้โดยสารออกจากลิฟต์ทั้งหมด และระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์ภายในตู้ Control ที่ห้องเครื่องลิฟต์เท่านั้น

5.3.2 ระบบ Fire Alarm Detector ที่เชื่อมกับระบบลิฟต์ จะมีการรับคำสั่งสัญญาณจาก Manual Alarm, Alarm Detector, Smoke Detector เป็นต้น ซึ่งระบบดังกล่าวจะติดตั้งตามจุดต่าง ๆ ภายในอาคารมีหน้าที่ส่งสัญญาณไปยังระบบ Fire Alarm ของลิฟต์ และลิฟต์จะทำหน้าที่เหมือนระบบ Switch Fire Alarm แต่ทำงานแบบอัตโนมัติทันที โดยที่ลิฟต์ทั้งหมด และระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์จะไม่ทำงานจนกว่าจะ Reset ระบบลิฟต์ภายในตู้ Control ที่ห้องเครื่องลิฟต์เท่านั้น

5.3.3 ระบบ Fire Man Switch ระบบนี้เมื่อมีสัญญาณแจ้งเหตุอัคคีภัย Fire Alarm Detector เกิดขึ้นที่อาคารลิฟต์ที่ติดตั้งระบบ Fire Man Switch จะหยุดรับคำสั่งอื่น ๆ และจะเคลื่อนที่ลงมายอดชั้นล่างสุดของอาคาร และเปิดประตูออก เหมือนกับลิฟต์ที่มีระบบ Fire Alarm ต่างกันที่หน้าลิฟต์ชั้นล่างสุดของลิฟต์จะติดตั้งชุด Fire Man Switch อยู่ โดยที่นักผจญเพลิงจะกดปุ่ม Fire Man Switch เมื่อลิฟต์เข้าสู่ระบบ Fire Man เจ้าหน้าที่ดับเพลิงไปตามชั้นต่าง ๆ ต่อไป โดยที่ปุ่มชั้นภายในตู้โดยสารลิฟต์ และลิฟต์จะไม่เปิดประตูจนกว่าเจ้าหน้าที่ดับเพลิงจะสั่งปิดประตูจากภายในตู้โดยสารลิฟต์เท่านั้น เพื่อความปลอดภัยกับเจ้าหน้าที่ดับเพลิง





หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์

รหัสเอกสาร : QP-ENV-002


แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

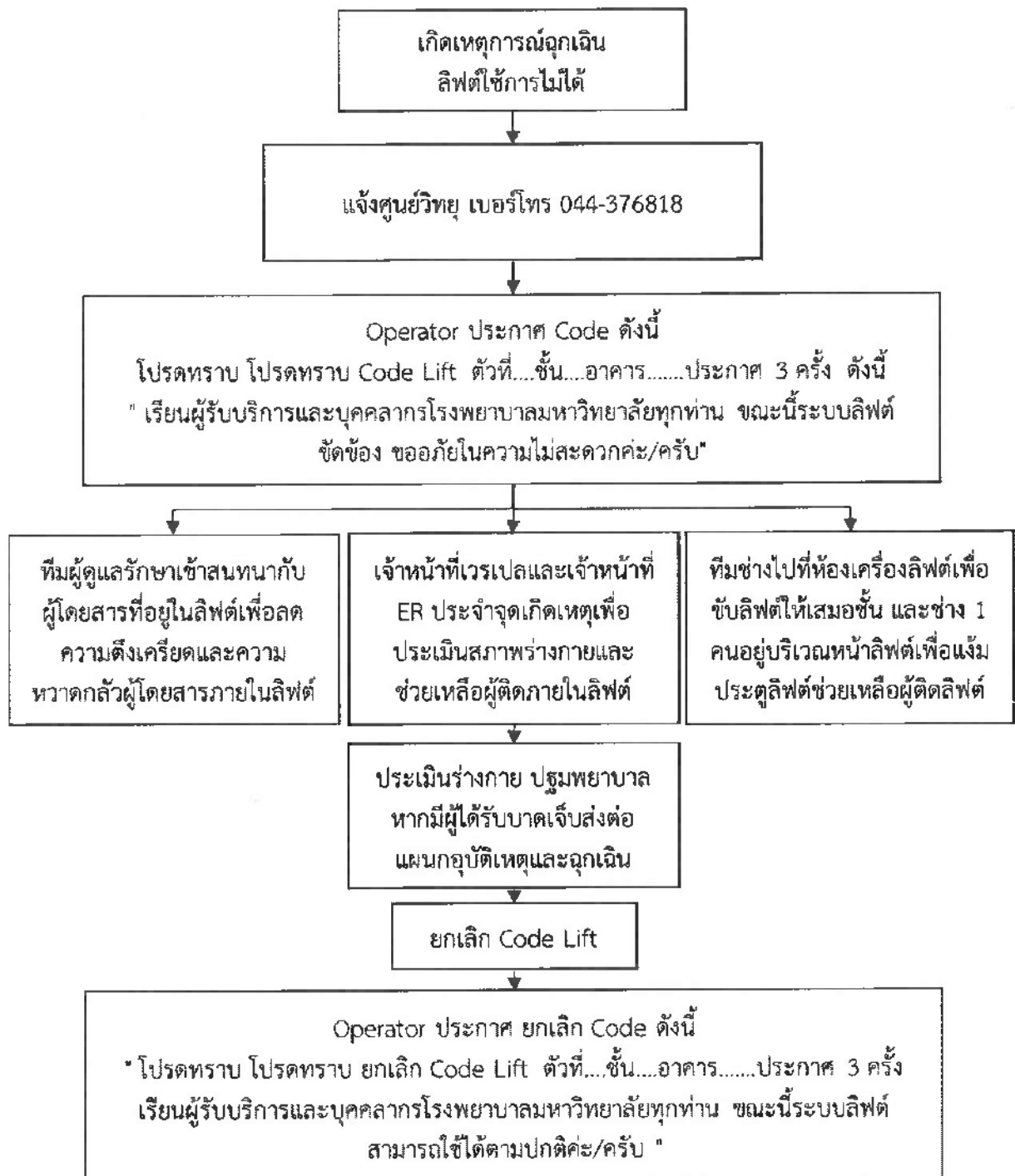
หน้าที่ : 8 จาก 10



รูปที่ 8 รูปที่แสดงป้ายซึ่งจะติดอยู่หน้าลิฟต์ตามชั้นต่าง ๆ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 9 จาก 10

## 6. แผนผังการปฏิบัติกรณีเกิดลิฟต์ขัดข้อง



ภาคผนวก ค5

แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ

( Code : A )

รหัสเอกสาร : QP-ENV-004

แก้ไขครั้งที่ : 00

วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 1 จาก 7

## แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ

(CODE : A )

(นางสาวคณาวรรณ บุญนารถ)

เลขานุการคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ผู้จัดทำ

(นายแพทย์วีรณัฐ สัตยวงศ์ทิพย์)

ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม

และ ความปลอดภัย

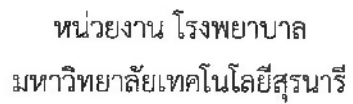
ผู้ตรวจสอบ

(อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล)

รักษาการแทนผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี


ผู้อนุมัติ



แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้าี่ : 2 จาก 7

[illegible]

  หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ  ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 3 จาก 7

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อจัดทำแผนการโต้ตอบเหตุฉุกเฉินเหตุการณ์ความไม่สงบ
- 1.2 เพื่อป้องกันการบาดเจ็บทางร่างกายและลดความสูญเสียทางทรัพย์สินที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคลากรหรือผู้รับบริการ

### 2. ขอบเขต

แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบฉบับนี้ ใช้สำหรับ “เหตุการณ์ความไม่สงบภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและทรัพย์สิน

### 3. คำจำกัดความ


- |                      |         |   |
|----------------------|---------|---|
| 3.1 ผู้ก่อความไม่สงบ | หมายถึง | บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ก่อความรำคาญหรือความวุ่นวาย โดยแสดงถึงความรุนแรงทางพฤติกรรมในที่สาธารณะ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้คนและสถานที่    |
| 3.2 ทะเลาะวิวาท      | หมายถึง | การสมัครใจเข้าโต้เถียงกันด้วยวาจา การด่าทอกันไปมา ระหว่างคู่วิวาท หรืออาจมีการลงไม้ลงมือต่อกัน ไม่สำคัญว่าฝ่ายใดจะเริ่มก่อน                 |
| 3.3 ทำร้ายร่างกาย    | หมายถึง | การกระทำของบุคคล คนหนึ่งได้กระทำต่ออีกคนหนึ่งถึงขั้นที่ผู้ถูกทำร้ายได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ซึ่งจะเห็นว่า ผู้ถูกทำร้ายไม่ได้มีการตอบโต้ |
| 3.4 Code A เหลือง    | หมายถึง | รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบ 1 คน และปราศจากอาวุธ                              |
| 3.5 Code A แดง       | หมายถึง | รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศใช้ในกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบมากกว่า 1 คน หรือมีอาวุธในครอบครอง            |

### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

#### 4.1 หัวหน้าเวร/หัวหน้าแผนกที่พบเหตุการณ์ผู้ก่อความไม่สงบ/ผู้พบเหตุการณ์ :

1. ประเมินสถานการณ์จำนวนผู้ก่อความไม่สงบและอาวุธ
2. แจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code : A เหลือง/แดง
3. นำทางหรือเคลื่อนย้ายผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงย้ายไปยังพื้นที่ปลอดภัยของแต่ละแผนกที่กำหนด และปิดประตูทางเข้า-ออก ( กรณี Code : A แดง )
4. แจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆให้อยู่ในพื้นที่ปลอดภัย โดยไม่ให้ส่งเสียงดังไววายจนกว่าเหตุการณ์จะสงบลง และไม่อยู่ตามลำพัง



  หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ  ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 7

#### 4.2 เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลมทส.

1. นำกำลังพลเจ้าหน้าที่ 2 คน เข้าประเมินสถานการณ์และเข้าระงับเหตุเมื่อได้รับแจ้งหรือได้ยินประกาศ Code : A
2. ดูแลความปลอดภัยจุดเกิดเหตุป้องกันบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงอันตราย
3. สนับสนุนการเข้าค้นหาผู้ก่อความไม่สงบ และควบคุมตัวเพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง
  - กรณีเหตุเกิดที่อาคารรัตนเวชพัฒน์, อาคารสิรินทรทันตพัฒน์, อาคารสร้างเสริมสุขภาพ, ศูนย์รังสีวินิจฉัย ควบคุมมาที่ห้องทำงาน รพภ. ศูนย์รังสี
  - อาคารความเป็นเลิศ คุมตัวมาที่บริเวณชั้น 1 ด้านหน้าแผนกเคลื่อนย้าย

#### 4.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยุ

- 1.ประสานงานทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพภ.รพ.มทส. , ศูนย์รักษาความปลอดภัย มทส. และเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง เพื่อเข้าระงับเหตุ

สำหรับการแจ้ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง

กรณี Code : A เหลือง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยการนอกเวลา/ผู้ตรวจการ

กรณี Code : A แดง สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจสภ.โพธิ์กลางได้ทันที

#### 4.4 ศูนย์รักษาความปลอดภัย มทส.

- 1.นำกำลังเจ้าหน้าที่ รพภ. จำนวน 2 คน เข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพภ.รพ.มทส. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ

#### 4.5 เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง :

1. นำกำลังเข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพภ.รพ.มทส. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ

#### 4.6 ผู้อำนวยการ/ผู้อำนวยการนอกเวลา/ผู้ตรวจการ


- 1.เข้าประเมินสถานการณ์ความไม่สงบเมื่อได้รับแจ้งเหตุ
- 2.รายงานผู้อำนวยการ ( กรณี Code : A แดง)
- 3.พิจารณาสิ้นสุดแผนและสั่งการแจ้งประกาศยกเลิก Code : A )

#### 4.7 ทีมแพทย์ : แพทย์ EP/GP / พยาบาล ER / ผู้ช่วยพยาบาล ER / เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย

- 1.เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉินเพื่อเข้าช่วยเหลือกรณีมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ

#### 5.ขั้นตอนการปฏิบัติกรณีพบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ

- 5.1 กรณีแพทย์ได้รับการคุกคามในห้องตรวจให้กดกริ่งในห้องตรวจ 2 ครั้ง เพื่อเป็นสัญญาณแจ้งขอความช่วยเหลือ

  หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ  ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 7

5.2 กรณีเกิดเหตุในพื้นที่ ER ให้แจ้งศูนย์วิทยุเพื่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องและกด \* 3 เพื่อแจ้ง Operator ประกาศ Code : A

5.3 กรณีเกิดเหตุภายนอกอาคารให้ตะโกนขอความช่วยเหลือ หรือ กดปุ่มขอความช่วยเหลือบริเวณทางเดินระหว่างอาคาร หรือ โทรแจ้งศูนย์วิทยุเพื่อแจ้งเหตุ

5.4 ผู้ได้รับแจ้งหรือผู้เห็นเหตุการณ์แจ้ง Operator เพื่อประกาศ โดย กด\* 3 แจ้ง Code : A เหลือ หรือ Code : A แดง ที่แผนก/บริเวณ..... ชั้น.....อาคาร.....

- กรณี Code : A เหลือ ให้แจ้ง Operator ระบุว่าเป็น Code : A เหลือ
- กรณี Code : A แดง ให้แจ้งรายละเอียดจำนวนผู้ก่อเหตุ อาวุธ(ถ้าทราบ) ให้ Operator ทราบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเตรียมการของทีมผู้เกี่ยวข้องที่จะเข้าระงับเหตุต่อไป (Operator จะประกาศเป็น Code : A เหลือ/ แดง ตามปกติ แต่กรณีที่ เป็น Code : A แดง Operator จะโทรแจ้งรายละเอียดตามที่ได้รับแจ้งต่อผู้ตรวจการและศูนย์วิทยุ)

5.5 Operator ประกาศ Code ตามที่ได้รับแจ้งโดยประกาศตามข้อความนี้ “โปรดทราบๆ Code : A.....ที่แผนก/บริเวณ.....ชั้น.....อาคาร.....(3 ครั้ง)

5.6 กรณีได้ยินประกาศ Code : A เหลือ ให้หัวหน้าแผนก/ผู้ได้รับมอบหมายแจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ เพื่อเตรียมเคลื่อนย้ายไปยังจุด พื้นที่ปลอดภัยที่แผนกกำหนด ส่วนแผนกอื่น ๆ สามารถปฏิบัติงานตามปกติ

5.7 กรณีได้ยินประกาศ Code : A แดง แผนกที่เกิดเหตุ และ พื้นที่เสี่ยงใกล้เคียงให้เคลื่อนย้ายผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ให้อยู่ในพื้นที่ปลอดภัยตามที่แผนกได้วางแผนไว้จนกว่าจะมีการประกาศยกเลิก Code : A แดง จึงจะสามารถกลับเข้าทำงานตามปกติ

หมายเหตุ กรณีที่ประกาศ Code : A เหลือไปแล้ว แต่สถานการณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ก่อเหตุหาสิ่งของใกล้มือมาใช้แทนอาวุธ สามารถแจ้ง Operator ให้ประกาศ Code : A แดง ได้ทันที เพื่อความรวดเร็วในการประสานขอความช่วยเหลือ



หน่วยงาน โรงพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ

( Code : A )

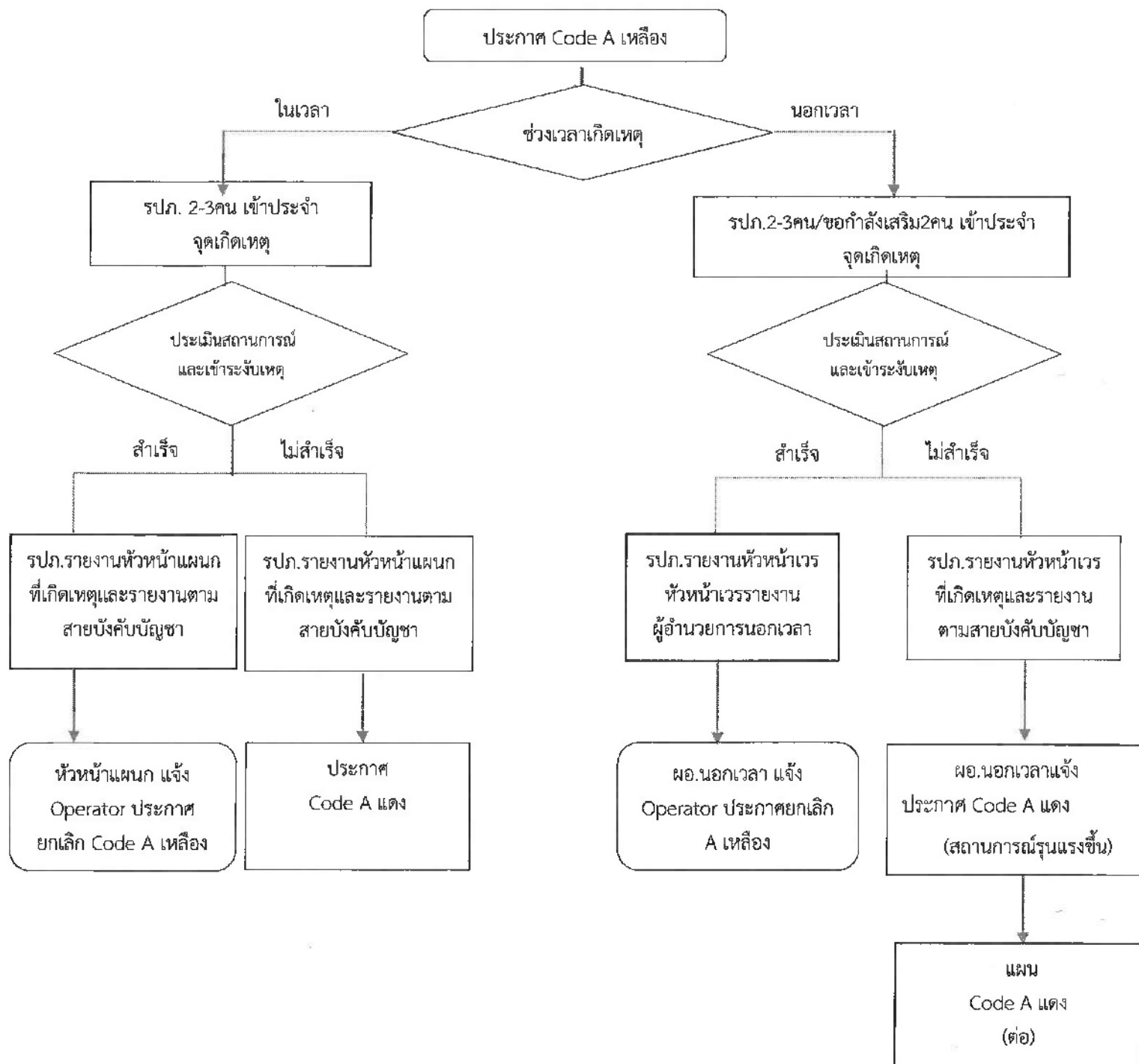
รหัสเอกสาร : QP-ENV-004


แก้ไขครั้งที่ : 00

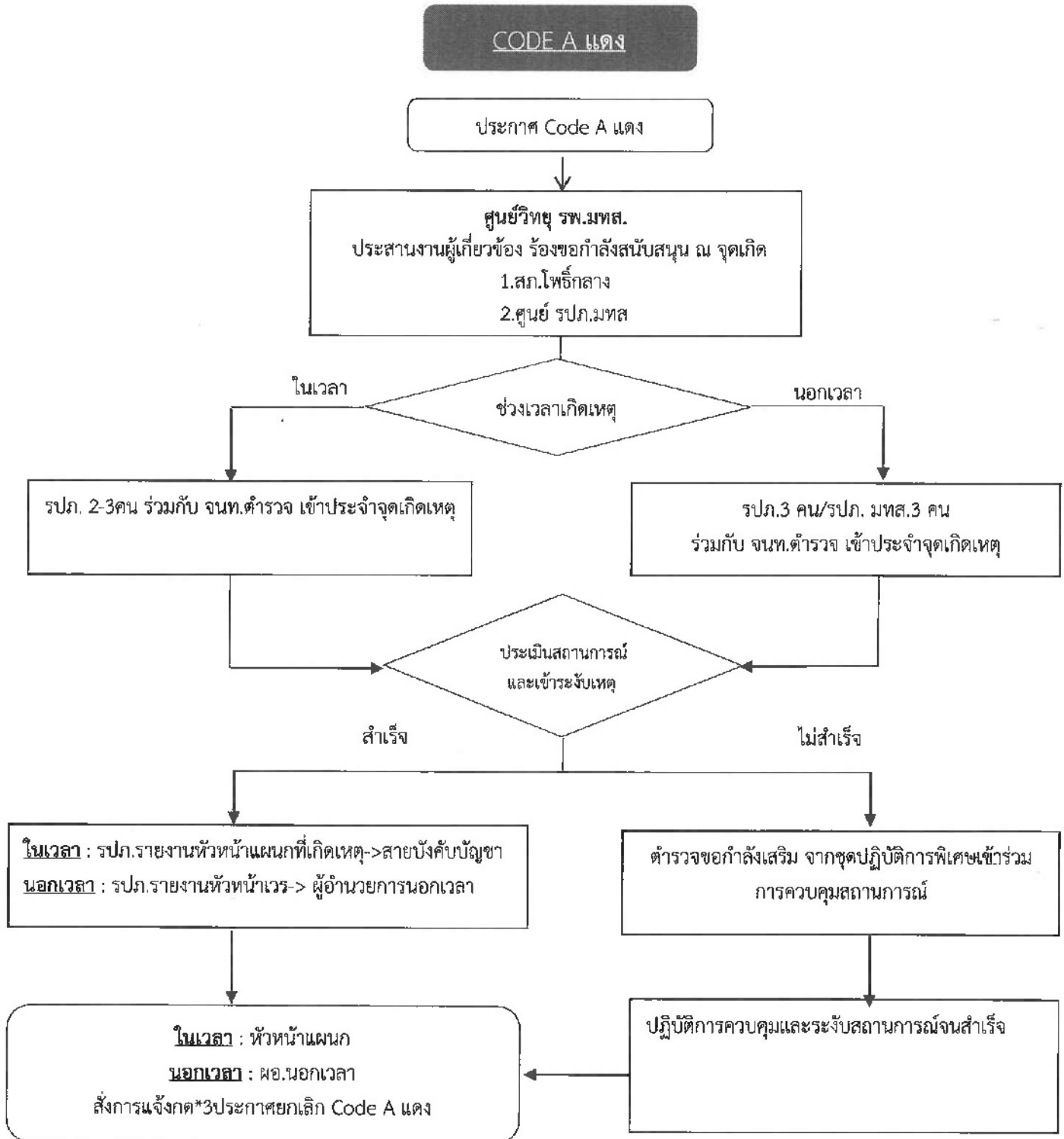
วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564

หน้าที่ : 6 จาก 7

### CODE A เหลือง



  หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ( Code : A )	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 7 จาก 7

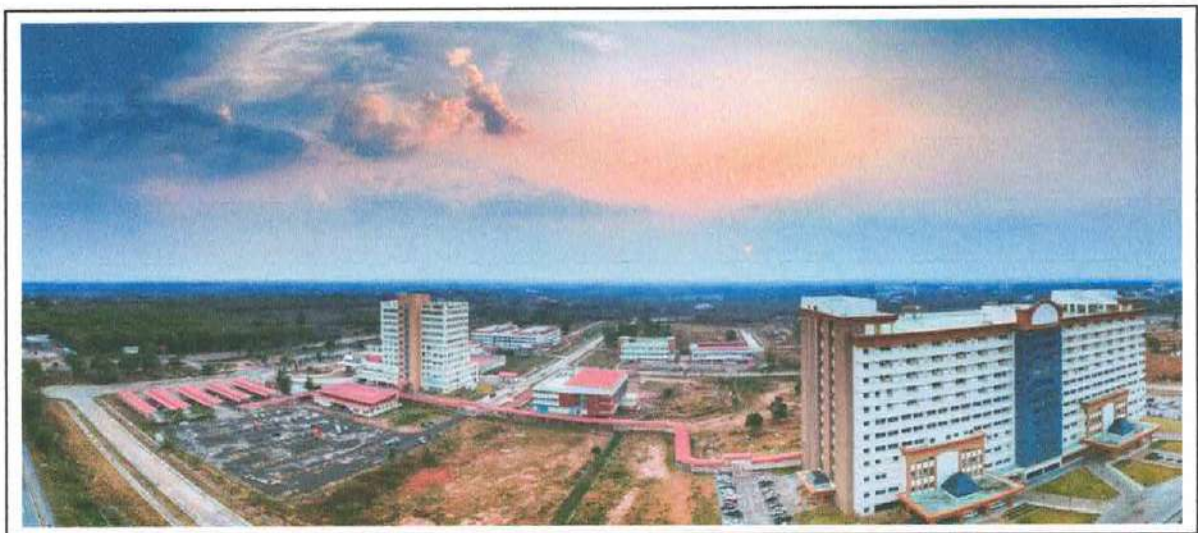


หมายเหตุ : หลังจากเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น ให้ผู้เกี่ยวข้องทบทวนแผนฉุกเฉินทุกครั้ง

ภาคผนวก ค6

รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ

รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน  
แผนกหน่วยจ่ายกลาง (CSSD) อาคารพยาธิ



ผู้จัดทำ  
แผนกสาธารณสุขปโมคและสิ่งแวดลอม ฝ่ายวิศวกรรม  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



## สารบัญ

หน้า

### รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

#### ส่วนที่ 1 การตรวจวัดระดับเสียง

1. วัตถุประสงค์	1
2. นิยามศัพท์	1
3. เครื่องมือ	1
4. ผู้รับผิดชอบ	2
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง	2
6. แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงด้วยเครื่องวัดเสียง	4
7. ผลการตรวจวัดระดับเสียง	5

#### ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

1. วัตถุประสงค์	6
2. นิยามศัพท์	6
3. เครื่องมือ	6
4. ผู้รับผิดชอบ	6
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	7
6. แบบบันทึกการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	8
7. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง	9

#### ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)	ก-1
ภาคผนวก ข ใบรับรองการสอบเทียบเครื่องมือ	ข-1

# รายงาน

## การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

### ส่วนที่ 1 การตรวจวัดระดับเสียง (Sound Measurement)

#### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อตรวจวัดระดับเสียงและสามารถวิเคราะห์ระดับเสียงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสียงที่เหมาะสมในการทำงาน
- 1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการได้ยิน

#### 2. นิยามศัพท์

- 2.1 ระดับเสียงโดยทั่วไป หมายถึง ระดับเสียงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปเป็นเสียงจากหลายแหล่งกำเนิดรวมกัน ไม่มีแหล่งกำเนิดเสียงใดเสียงหนึ่งเป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่เด่นชัดออกมา
- 2.2 ค่าระดับเสียงสูงสุด ( $L_{max}$ ) หมายถึง ค่าระดับเสียงสูงสุดที่เกิดขึ้น ขณะหนึ่งในการตรวจวัดระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.3 ค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ( $L_{Aeq,24\text{ hr}}$ ) หมายถึงค่าระดับเสียงคงที่ ที่มีพลังงานเทียบเท่าระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีระดับเสียงเปลี่ยนแปลงตามเวลาในช่วง 24 ชั่วโมง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.4 TWA (Time Weighted Average) ค่าเฉลี่ยระดับความดังเสียงตลอดระยะเวลาการสัมผัสเสียง

#### 3. เครื่องมือ

- 3.1 เครื่องวัดระดับเสียง (Sound Level Meter)  
(มาตรฐาน IEC 651 Type 2 หรือ ANSI S 1.4 หรือ BS EN 60651หรือ AS/NZS 1259.1 มาตรฐานที่สูงกว่า IEC 60804 หรือ IEC61672 หรือ BS EN 60804 หรือ AS/NZS 1259.2)
- 3.2 เครื่องกำเนิดเสียงมาตรฐาน (Sound Calibrator) (มาตรฐาน IEC 60642)
- 3.3 ฟองน้ำกันลม (Wind Screen)
- 3.4 ขาตั้ง (Tripod)

#### 4. ผู้รับผิดชอบ

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดีสินทร์ | หัวหน้าแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม     |
| 4.2 นายยศพล ใบเหลือง         | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล |
| 4.3 นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น   | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดเสียง        |

#### 5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง

##### 5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน/บริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจก่อให้เกิดเสียง ลักษณะของการเสียงดังที่  
และระยะเวลาที่รับหรือสัมผัสเสียงนานเพียงใด

##### 5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด

##### 5.1.2 บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด

##### 5.2 การตรวจวัด

##### 5.2.1. การเตรียมการก่อนการตรวจวัดเสียง

##### 5.2.1.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องวัดเสียง

##### 5.2.1.2 จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดเสียง แผนผังจุดตรวจวัด

##### 5.2.2. เทคนิคการวัดความดังเสียงเฉลี่ยพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งซึ่งมีระดับเสียงคงที่

##### 5.2.2.1 ใช้เครื่องมือวัดระดับความดังของเสียง (Sound Level Meter) ตั้งค่าต่าง ๆ ดังนี้

a) ตั้งค่าย หรือสเกล เอ: dBA

b) การตอบสนองแบบช้า (Slow)

c) ตั้งช่วงการตรวจวัดไว้ที่ค่าสูง

d) สวมฟองน้ำกันลม (Wind Screen)

5.2.2.2 ตรวจวัดการได้รับ/สัมผัสเสียงของพนักงาน โดยให้ไมโครโฟนของเครื่องวัดเสียงอยู่ที่ระดับหู  
ของพนักงานที่กำลังปฏิบัติงาน รัศมีไม่เกิน 30 เซนติเมตร การถือเครื่องวัดเสียงของผู้วัด พึงระวังการดูดซับ  
หรือสะท้อนของเสียงเนื่องจากตัวผู้วัด หรือพิจารณาใช้เครื่องวัดเสียงติดตั้งบนขาตั้ง (Tripod) แทนการถือโดยผู้  
ตรวจวัด

5.2.2.3 อ่านค่าระดับเสียง และระยะเวลาที่สัมผัสเสียงของพนักงานในแต่ละบริเวณการทำงาน และ  
บันทึกผล รวมทั้งบันทึกปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.2.2.4 นำค่า TWA ที่ตรวจวัดได้ (ตัดเศษทศนิยมออก นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความ  
ปลอดภัยในการทำงาน ตามตารางในกฎกระทรวงอุตสาหกรรม หมวด 3 เสียง (ตารางที่1)

### 5.3 การประเมินผลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)

ตารางที่ 1 มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน

เวลาการทำงานที่ได้รับเสียง(ชั่วโมง)	ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน(TWA)ไม่เกิน(เดซิเบลเอ)
12	87
8	90
7	91
6	92
5	93
4	95
3	97
2	100
1 ½	102
1	105
½ (30 นาที)	110
¼ หรือน้อยกว่า (15 นาที)	115

หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดตรงตามตาราง ให้คำนวณจากสูตร

$$T = \frac{8}{2^{(L-90)/5}}$$

เมื่อ T = เวลาที่ยอมให้ได้รับเสียง

L = ระดับเสียง (dBA)

## 6. แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงด้วยเครื่องวัดเสียง

วันที่ 31 สิงหาคม - 2 กันยายน 2564 เวลา 08.30-16.30 น.  
 สถานที่ปฏิบัติงาน อาคารพยาธิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
 ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น  
 เครื่องมือวัดเสียง RION Sound Level Meter Class 1 (Model NL-52)  
 หมายเลขเครื่องวัด: SR-00219860

ผลการตรวจวัด			หมายเหตุ
พื้นที่ตรวจวัด	วันที่	เวลา	
1. พื้นที่สะอาด (ห้องอุปกรณ์และจัดเตรียมอุปกรณ์)	31 ส.ค. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน
2. ห้องปราศจากเชื้อ (Clean Room)	1 ก.ย. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน
3. ห้องล้างทำความสะอาดกล้อง (โชนสกปก)	2 ก.ย. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน

## 7. ผลการตรวจวัดระดับเสียง

สถานที่ : อาคารพยาธิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วัน/เดือน/ปี : 31 ส.ค. - 2.ก.ย. 2564

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป : ห้องโถงและมีเครื่องจักรในการทำงาน เวลาที่สำรวจ : 08.30 - 16.30 น.

ผู้ทำการตรวจวัด : นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : RION รุ่น NL-52

วันที่ทำการสอบเทียบล่าสุด : 1 มีนาคม 2564

จุดที่	ระดับเสียง (L) ที่วัดได้ (เดซิเบลเอ)	Time Weighted Average (TWA)		เทียบมาตรฐาน	
		ที่คำนวณได้	มาตรฐาน	เกิน	ไม่เกิน
1. พื้นที่สะอาด (ห้องอบอุปกรณ์/แพคอุปกรณ์)	69.0	69.0	85		✓
2. ห้องปราศจากเชื้อ (Clean Room)	61.1	61.1	85		✓
3. ห้องล้างทำความสะอาดกล้อง/ภาชนะ (โซนสกปรก)	70.9	70.9	85		✓

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ ..... จิราพันธ์ ใจชื่น

(นางสาวจิราพันธ์ ใจชื่น)

ผู้ช่วยวิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ ..... Sam O

(นายศพล ไบเหลียง)

วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ ..... 

(นายทรงกิจ จิตรักดีบดินทร์)

หัวหน้าแผนกสาธารณสุขโรคและสิ่งแวดล้อม



## ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง และเจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผลดำเนินการได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามลำดับของวิธีการที่กำหนด
- 1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้ได้มาตรฐานเดียวกัน สามารถสืบค้นความเป็นมาและใช้ปฏิบัติงาน ทดแทนกันได้

### 2. นิยามศัพท์

#### 2.1 ฟลักซ์ของแสง (Luminous Flux ,F)

ฟลักซ์หมายถึง ปริมาณของแสงสว่างที่ผ่านพื้นที่หนึ่งในเวลา 1 วินาที หน่วยเป็น ลูเมน (Lumens)

#### 2.2 ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง (Illuminance ,E) ปริมาณของการส่อง

สว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง หมายถึง ฟลักซ์ของแสง(ปริมาณของแสงสว่าง) ที่ตกกระทบต่อลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่ที่กำหนด ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางฟุต หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางฟุต หรือฟุต-เทียน ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางเมตร หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางเมตร หรือลักซ์ โดยที่ 1 ฟุต-เทียน มีค่าประมาณ 10.76 ลักซ์

### 3. เครื่องมือ

เครื่องวัดตรวจค่าความเข้มแสงใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter) ที่ได้มาตรฐาน CIE 1931 หรือ ISO/CIE 10527 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดเป็นเครื่องมือประเภทอ่านค่าได้โดยตรง (Direct Reading) ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานกำหนดออกมาในรูปของความเข้มของแสงสว่าง (ปริมาณของแสงสว่างที่ตกกระทบลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่) เครื่องมือที่ใช้วัดจึงเป็นเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่างชนิดที่ใช้งานง่าย การบำรุงรักษาไม่ยาก เรียกว่า Portable Lux meter

### 4. ผู้รับผิดชอบ

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดิ์ดินทร์ | หัวหน้าแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม       |
| 4.2 นายยศพล ไบเหลือ           | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล   |
| 4.3 นางสาวสิริญา เวียงคำ      | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดค่าความเข้มแสง |

## 5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

### 5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน เพื่อเก็บข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ เช่น บริเวณหน้าเครื่องจักร โต๊ะทำงาน หรือบริเวณที่ที่มีการต้องการแสงสว่างในการปฏิบัติงาน

#### 5.1.1. กำหนดจุดตรวจวัดค่าความเข้มแสง

#### 5.1.2. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด

## 6. แบบบันทึกการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

วันที่ 31 สิงหาคม 2564 เวลา 13.00-16.00 น.  
สถานที่ปฏิบัติงาน อาคารพยาธิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวสิริพญา เวียงคำ  
เครื่องมือวัดแสง Light Meter ยี่ห้อ Lutron รุ่น LX-105  
หมายเลขเครื่องวัด: Q957299

ลำดับ	พื้นที่ตรวจวัด	ผลการตรวจวัด (Lux)	หมายเหตุ
1	บริเวณหน้าเครื่องอบไอน้ำ (เครื่อง 1-4)	580	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
2	ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ Clean room	923	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
3	ห้องอบแก๊สไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	416	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
4	ห้องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์	485	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
5	ห้องเครื่องอบไอน้ำ	985	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
6	โต๊ะแพ็คเกจอุปกรณ์	1397	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
7	บริเวณอบความร้อนแห้ง	640	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
8	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	483	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
9	บริเวณเครื่องล้างทำลายเชื้อด้วยความร้อน	690	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
10	บริเวณเครื่องล้างรถเข็น	618	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
11	บริเวณอ่างล้างมือ	1297	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
12	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สำนักงาน	668	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน

## 7. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง		แผนที่จากเชื้อ (CSSD)		วันที่ตรวจวัด	31 สิงหาคม 2564	ผู้ตรวจวัด	นางสาวสิริญา เวียงคำ
อาคาร พยาธิ		เครื่องมือในการตรวจวัด		Light Meter (LT Lutron LX-105)			
ลำดับ	ชั้น	แผนก/หน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		สถานะ	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน้าเครื่องอบไอน้ำ (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องอบแก๊สไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องอบแก๊สไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องเครื่องอบไอน้ำ	≥ 300	985	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
6	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะแพ็คเกจอุปกรณ์	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอบความร้อนแห้ง	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างที่สายเช็ดด้วยความร้อน	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างรังสี	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอ่างล้างมือ	≥ 300	1297	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
12	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สำนักงาน	≥ 600	668	ผ่าน	

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ ..... **สิริญา เวียงคำ** .....

(นางสาวสิริญา เวียงคำ)

ผู้ช่วยวิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ ..... **สมวงศ์** .....

(นายสมพล ใบเหลือง)

วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ ..... **จิตรกิตติ** .....

(นายทรงกิจ จิตรักดีดินทร์)

หัวหน้าแผนกสาธารณสุขไปโรคและสิ่งแวดล้อม

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)

ตารางที่ ก.1 คาระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน  
(ที่ได้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)”

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA) ไม่เกิน (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	ชั่วโมง	นาที
82	16	-
83	12	42
84	10	5
85	8	-
86	6	21
87	5	2
88	4	-
89	3	11
90	2	31
91	2	-
92	1	35
93	1	16
94	1	-
95	-	48
96	-	38
97	-	30
98	-	24
99	-	19
100	-	15
101	-	12
102	-	9
103	-	7.5
104	-	6
105	-	5
106	-	4



ตารางที่ ก.1 คาระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน  
(ที่ได้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)”

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA) ไม่เกิน (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	ชั่วโมง	นาที
107	-	3
108	-	2.5
109	-	2
110	-	1.5
111	-	1

ที่มา

- แนวปฏิบัติตามกฎหมายกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงาน ในแต่ละวัน ตามตารางมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน เล่ม 135 ตอน พิเศษ 19ง บังคับใช้วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2561

ภาคผนวก ข

ใบรับรองการสอบเทียบเครื่องมือ



**RION CO., LTD.**

3-20-41 Higashimotomachi Kokubunji Tokyo 185-8533  
Phone: 042(359)7888, Facsimile: 042(359)7442

## **Certificate of Calibration**

**Name** : Sound Level Meter, Class 1  
**Model** : NL-52      **S/No.** : 00219860  
**Date of Calibration** : March, 01, 2021

We hereby certify that the above product was tested and calibrated according to the prescribed Rion procedures, and that it fulfills specification requirements.

The measuring equipment and reference devices used for testing and calibrating this unit are managed under the Rion traceability system and are traceable according to official Japanese standards and official standards of countries belonging to the International Committee of Weights and Measures.

**RION CO., LTD.**

Manager, Quality Control Department



# Supplied Accessories

&lt; 1 / 1 &gt;

Model	NL-52	Product Name	Sound Level Meter, Class 1
-------	-------	--------------	----------------------------

Ensure all the items below are in the package.  
If there is a missing part, please contact your supplier.

Type	Description	Quantity	Note
NL-52	Main unit	1	
NL-42-025	Storage case	1	
WS-10	Windscreen	1	
NL-42-033	Windscreen fall prevention rubber	1	attached to the main unit
VM-63-017	Hand strap	1	
LR6	Size AA alkaline batteries	4	
	CD-ROM (Instruction manual, Serial interface manual, Technical notes, Program option manual)	1	
	Description for IEC 61672-1	1	
	SD memory card (512 MByte)	1	only when NX-42EX is pre-installed
	Inspection certificate	1	This sheet
	Document for China RoHS	1	only to China

## Inspection Certificate

INSPECTOR

We hereby certify that this product has been tested and calibrated at our factory according to RION specifications and that the product satisfies all relevant requirements.

RION CO., LTD.  
3-20-41 Higashimotomachi, Kokubunji,  
Tokyo 185-8533,  
Japan

Sound and Vibration Measuring Instrument Section Product information and software downloads can be found on our web-site:  
<https://rion-sv.com/>  
Please check it out.

N8C11030502



ภาคผนวก ค7

ผลการตรวจแสงสว่างและความเข้มแสง



ผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

อาคาร พยาธิ

แผนก ปราศจากเชื้อ (CSSD)

วันที่ตรวจวัด 31 สิงหาคม 2564

ผู้ตรวจวัด นายยศพล ใบเหลือง

เครื่องมือในการตรวจวัด

Light Meter (LT Lutron LX-105)

ลำดับ	ชั้น	แผนก/หน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง ( Lux)		สถานะ การตรวจวัด	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน้าเครื่องอบไอน้ำ (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องอบแก๊สไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องเครื่องอบไอน้ำ	≥ 300	985	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
6	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะแพ็คอุปกรณ์	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอบความร้อนแห้ง	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างทำลายเชื้อด้วยความร้อน	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างรถเข็น	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอ่างล้างมือ	≥ 300	1297	ผ่าน	มีแสงธรรมชาติจากภายนอก
12	2	ปราศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สำนักงาน	≥ 600	668	ผ่าน	

ภาคผนวก ค8

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ



## คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๑๒๖/ ๒๕๖๔

### เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการ ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาทั้งในโรงพยาบาล สำนักวิชา แพทยศาสตร์ หน่วยงานอื่นในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสามารถติดตามประเมินผลงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๗๘๓/๒๕๖๔ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาตามโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ จำนวน ๒๗ คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย

#### ๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- |   |           |
|---|-----------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล   | ประธาน    |
| ๒. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ     | รองประธาน |
| ๓. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล                   | กรรมการ   |
| ๔. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์            | กรรมการ   |
| ๕. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร                      | กรรมการ   |
| ๖. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ | กรรมการ   |
| ๗. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานเวชกรรมสังคม                | กรรมการ   |
| ๘. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก          | กรรมการ   |
| ๙. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย              | กรรมการ   |
| ๑๐. ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง                            | กรรมการ   |
| ๑๑. ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์              | กรรมการ   |
| ๑๒. ประธานคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย                             | กรรมการ   |
| ๑๓. ประธานคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย             | กรรมการ   |
| ๑๔. ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล      | กรรมการ   |

๑๕. ประธานคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๑๖. ประธานคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๗. ประธานคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๑๘. ประธานคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๑๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๑. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๒. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๒๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๒๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๒๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูตินรีเวชกรรม	กรรมการ
๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง	กรรมการ
๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๓๖. เลขาธิการคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๓๗. เลขาธิการคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๓๘. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๓๙. เลขาธิการคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๐. เลขาธิการคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๑. เลขาธิการคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๔๒. เลขาธิการคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๔๓. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔๔. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรศาสตร์	กรรมการ
๔๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรม	กรรมการ
๔๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๔๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกุมารเวชกรรม	กรรมการ



๔๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช	กรรมการ
๔๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๕๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๕๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสูติรีเวชกรรม	กรรมการ
๕๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๕๓. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๕๔. เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก	กรรมการ
๕๕. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ เลขานุการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบาย วางแผน กำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
- จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ทุกทีมให้สามารถดำเนินการอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง
- เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน
- ประสานงานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานและทุกทีมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
- สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี สร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้มาเยือน

### ๒. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ สุขสุผิว	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภัทรามรุต	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว เชื้อปรง	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	กรรมการ
๖. อาจารย์ ทินตแพทย์หญิงจุฑามาศ เทพไทย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เดชสุขุม	กรรมการ
๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๑๒. นางนภาพร ดีใหม่	กรรมการ

๑๓. นางจันทร์เจ้า	กาดโคกกรวด	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรผาสุก	ตี่รชาติ	กรรมการ
๑๕. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศรีรินทร์	กรรมการ
๑๗. นางณัฐธานี	แป้นศรี	กรรมการ
๑๘. นางสาวอังคณา	ขอนแก่น	กรรมการ
๑๙. นางสาวอัจฉรา	งามนวน	กรรมการ
๒๐. นางทองมี	ขุดพุดรา	กรรมการ
๒๑. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางสาวคณาวรรณ	บุญนารัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ
๒. วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมสำรวจการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล
๓. เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ
๔. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

### ๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

#### ๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู	สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นรีลักษณ์	สุวรรณโณบล	กรรมการ
๔. ทันตแพทย์หญิงพันธ์ทิพย์	จิตรพิทักษ์เลิศ	กรรมการ
๕. นางดวงรัตน์	อมตฉายา	กรรมการ
๖. เกสัชกรผาสุก	ตี่รชาติ	กรรมการ
๗. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศรีรินทร์	กรรมการ
๘. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๙. นางณัฐธานี	แป้นศรี	กรรมการ
๑๐. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
๓. ดำเนินการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงหรือสำคัญเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งทีมนำ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๕. ให้คำปรึกษาหน่วยงาน ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
๖. กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

### ๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ที่ปรึกษา
๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	ประธาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ	สุขสุผิว	กรรมการ
๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ	อุยวัฒนกุล	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์มณี	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	เกียรติมงคล	กรรมการ
๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไรวดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงเก็จอัมพร	ศิริปัทมานนท์	กรรมการ
๙. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบุลย์	กรรมการ
๑๐. แพทย์หญิงนรี	พฤตคามภีร์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๑ ไตรมาสตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดบ่อยมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เจาะจาล่องเลี่ยเยียวยาเบื้องต้น ดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์
๕. สรุป วิเคราะห์ข้อมูล แจ้งในองค์กรแพทย์และ CLT เป็นประจำทุกเดือน
๖. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

**๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ที่ปรึกษา
๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	ประธานกรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	รองประธานกรรมการ
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ
๖. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๗. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านคุณภาพบริการ	กรรมการ
๘. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร อึ้งอารมณ	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพฯ	กรรมการและเลขานุการ
๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
- ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาช่องทางประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับกรณี
- กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้คู่กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
- ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
- วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓. พันโทหญิงหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นางสาวผกามาศ	จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๕. นายทรงกิจ	จิตภักดีดินทร์	กรรมการ
๖. นายวัชรินทร์	สิงต๊ะนะ	กรรมการ
๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ขานมา	กรรมการ

๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอนัญญา	ทวีภักดีโชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายยศพล	ไบเหลือง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุภัทสรุ	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางจิตติมา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวคณาวรรณ	บุญนารัตน์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวศรัณญา	อุทัยมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาคารสถานที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ปลอดภัยได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สอดคล้องตามกฎหมายที่กำหนด
๒. วางแผนและออกแบบการบริหารจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ระบบการจัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่กำหนด
๓. วิเคราะห์และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
๔. วางแผนและกำกับติดตาม ระบบสาธารณสุขโรค การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ สรุปวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
๕. จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
๖. พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเอื้อต่อการเยียวยา
๗. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

#### ๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณิณท์	ศรีนุชศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นนท์พิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสัททยา	นิยะโมสถ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวัฒนกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษโวหาร	กรรมการ
๗. ทันตแพทย์ชัชดนัย	แจ้งพิมาย	กรรมการ
๘. นางดวงรัตน์	อมตฉายา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี	ศรีกัญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิตา	แดขุนทด	กรรมการ



๑๑. นางสาวสุรางคณา	พรหมมาศ	กรรมการ
๑๒. นางสาวผกามาศ	จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๑๓. เกสัชกรหญิงสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๑๔. นายอนุชา	พรโสภิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวณิชาวรรณ	หิรัญประภากร	กรรมการ
๑๖. นางวันดี	ดีใหม่	กรรมการ
๑๗. นางสาววิภาภรณ์	พวงไธสง	กรรมการ
๑๘. นายทรงกิจ	จิตภักดีบดินทร์	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางนันทนา	พลสระคู	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. นางสาวเบญญาภา	ห้วยเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๒. กำหนดวิธีการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๓. กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
๔. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕. เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
๖. จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้ความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๗. กำกับดูแล ประเมินผลผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๘. การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๙. ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๑๐. มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมถี่ขึ้นหากพบว่ามีผลความผิดปกติ เช่น การระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

### ๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

#### ๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- |                                      |               |           |
|--------------------------------------|---------------|-----------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว | เชื้อปรุ่ง    | ที่ปรึกษา |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู            | สัตยวงศ์ทิพย์ | ที่ปรึกษา |

๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกล็ดกรภาวิณี	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวธัญธรณ์	ไขขุนทด	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกณัฐ	พิมพ์ปฐุ	กรรมการ
๑๑. นางศุภวรรณ	ชาติศรีนทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวดพุทรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนีวรรณ	พุ่มยี่สุน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรให้มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นที่มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมีการจัดการอย่างเป็นระบบ
๒. สนับสนุนการออกแบบระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องรวมถึงรักษาความปลอดภัย และความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเรียนรู้ การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
๓. บริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
๔. ควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ระบบ Network ทั้ง Internet และ Intranet ของโรงพยาบาล
๕. ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ / ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

### ๓.๖.๒ คณะอนุกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อุทัย	จินตวัณ	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงฐิตินาถ	คงแป้น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงผณิตพร	ธัญวิริยะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรรณภา	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพัชราภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงณิภาวิภา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ภักดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีติดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ

๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวซารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราช	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	ชนะเชื่อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวไพลิน	ปัสสาวะโท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมาภรณ์	ทองแสน	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญเฮง	กรรมการ
๒๒. นางสาวตรึงตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
๒. สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แก่ไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง
๓. รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

๓.๖.๓ คณะอนุกรรมการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวดพุทรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นายวรุฒิ	ประทุมตรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอนัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์หิรัญ	กรรมการ
๘. นางปฐิมาพร	เชาว์ปรัชญากุล	กรรมการ
๙. นางสาวภาวิชัยพร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัญญาพร	ปานจับ	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	ชุตีวรรณษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุณิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ



### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๒. รวบรวมบันทึกการรายการข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บหรือใช้ (Records of Processing Activity : ROPA) จากหน่วยงานต่าง ๆ
๓. ประเมินความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นระยะ
๔. รับเรื่องร้องเรียน และรายงานความเสี่ยงด้านข้อมูลส่วนบุคคลจากระบบ ICR และหาวิธีแก้ไข

### ๓.๖.๔ คณะอนุกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศริน์ครินทร์	กรรมการ
๒. แพทย์หญิงมัลลิกา	ณ ราช	กรรมการ
๓. นายแพทย์อุทัย	จินตริกษ์	กรรมการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
๒. พัฒนาระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทั้งที่เป็นระบบฐานข้อมูล การบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ Hospital Information System (HIS) การบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและการตรวจสอบภายใน
๓. ประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ร่วมจ่าย (Thirds parties)

### ๓.๖.๕ คณะอนุกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวดพุทรา	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๔. นายแพทย์อุทัย	จินตริกษ์	กรรมการ
๕. นางจันทร์เจ้า	กาดโคกกรวด	กรรมการ
๖. นายวรวิทย์	ประทุมตรี	กรรมการ
๗. นายสาคร	ห้ามไธสง	กรรมการ
๘. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๙. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการ
๑๐. นายเดชากรณ์	สำราญดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาระบบงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT

๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

### ๓.๖.๖ คณะอนุกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุ่ง	ประธาน
๒. นายวรุฒิ	ประทุมตรี	รองประธาน
๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๔. นายชาคริต	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๕. นายเฉลิมเกียรติ	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๖. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๗. นายภูทัย	ตาปิน	กรรมการ
๘. นายภิภูวรัช	สัจจลักษณ์	กรรมการ
๙. นายพัฒนพงษ์	คืบขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๑๐. นางสาวอมรรัตน์	ลดาวัลย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับ Telemedicine
๒. ประสานงาน ติดตาม พัฒนา และประเมินผลการดำเนินงาน
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

### ๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุ่ง	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิสรา	สุงกฎ	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสินาภรณ์	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติสธิรพุล	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญธีรศักดิ์	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์มณี	กรรมการ
๙. นายแพทย์อรรคเดช	ศรีพิลา	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์พงษ์ธร	ปัทมา	กรรมการ
๑๒. นายเอกรินทร์	อินทร์รัมย์	กรรมการ
๑๓. นายชญภาพ	อ่อนนอก	กรรมการ
๑๔. นางสาวบุญญาพร	วันทองดี	กรรมการ
๑๕. เกษัชกรนภารัตน์	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๖. เกษัชกรหญิงสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๑๗. เกษัชกรผาสุก	ติรชาติ	กรรมการและเลขานุการ

๑๘. เกสัชกรหญิงภาวิณี

สุขศรี

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๑๙. เกสัชกรหญิงรพีพร

นอกระโทก

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา
๒. ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลนิเทศและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย
๓. พิจารณารายการยา เวชภัณฑ์ และสารเคมีเข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์
๔. ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล

๓.๘ คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประธาน
๒. รองคณบดีฝ่ายบริหารสำนักวิชาแพทยศาสตร์ กรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ กรรมการ
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์กรรมการ
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล กรรมการ
๖. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก กรรมการ
๗. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์ กรรมการ
๘. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร กรรมการ
๙. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ กรรมการ
๑๐. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ กรรมการ
๑๑. หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี กรรมการ
๑๒. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน กรรมการ
๑๓. หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและเลขานุการ
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning ) ได้แก่ การวางระบบบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การได้มาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร

๒. นำนโยบายจากทีมผู้นำ มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การทำแผนความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจากหน่วยงาน

๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Human Resource management) ได้แก่ การประเมินภาระงาน/ผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) การดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline) ดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Safety and Health) และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล (Labor Relation) ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุมวิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ความต้องการด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากรมนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้

๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด

#### ๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

##### ๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	ประธาน
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูตินรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน	กรรมการ

๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๒๔. ตัวแทนแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๒๕. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๖. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๗. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๓๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๓๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๓๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม	กรรมการ
๓๓. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๓๔. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง	กรรมการ
๓๕. เภสัชกรชิตชนก สภารัตน์	กรรมการและเลขานุการ
๓๖. นางสาวศุภวรรณ ชาศิตรินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มองภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย
- วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก ให้บรรลุเป้าหมายองค์กร
- ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร
- เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

## ๔.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)

### ๔.๒.๑ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	เกียรติมงคล	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญธีรศักดิ์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช	จงเจริญใจ	รองประธาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร	อึ้งอาภรณ์	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอัมมา	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพัชรภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์	ศรีรัตน์ธนาธิก	กรรมการ
๘. นายแพทย์จักรพงษ์	เอี้ยวตระกูล	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงนิชาธิ์	มุงกลาง	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินันท์	ศรีนุชศาสตร์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงไรดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวธิดิรัตน์	โสภณ	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรหญิงนภารัตน์	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๕. เกสัชกรหญิงวรรณริษา	แท้ไธสง	กรรมการ
๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนัสชนก	เขตคาม	กรรมการ
๑๗. นางพัชรี	จันทะจร	กรรมการ
๑๘. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๙. นางรัชฎาพร	ปิยะบุตร	กรรมการ
๒๐. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๒๑. นางสาวจิระนันท์	แน่นสนิท	กรรมการ
๒๒. นางจรรยา	สิงห์แป	กรรมการ
๒๓. นางสาวอริสา	เกษมณีโชตินันท์	กรรมการ
๒๔. นางสาวธิดารัตน์	จำปาหอม	กรรมการ
๒๕. นางสาวธนพร	มาลีเวช	กรรมการและเลขานุการ
๒๖. นางสาวสุกัญญา	คอกขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. นางสาววีณา	แอมปัตตา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นางสาวฐิติรัตน์	ช้อยนอก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ทบทวนรายการผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม
๒. ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน
๓. สรุปผลการทบทวนและการปรับระบบ นำส่งคณะกรรมการ CLT



๔. รวบรวมข้อมูลการทบทวนรายกรณีผู้ป่วยตามกรรมการที่รับผิดชอบ
  ๕. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามการปรับระบบและสรุปวิเคราะห์ Risk ทางคลินิก
  ๖. ร่วมจัดทำแผนพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ Service plan และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ร่วมกับทีม PCT และดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนที่วางไว้

**๔.๒.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีัญญา	ปุณณะปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติสิริกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิริติการณ์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวัฒนกุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภัช	ภูไพบูลย์	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนรินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัครฤทธิ์ไกร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	ควรสนธิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อุยุทธ์	จินตรักษ์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัศววัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์นริศเรศ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐพงษ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์เศกดุสิต	เอกวงษ์	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาติวัฒน์	ปิยารมย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวรากานต์	ตั้งจตุพร	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงณัฐดาว	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณกมล	พัฒนเจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอดสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวดาทิพย์	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภารัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชนิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายฉัตรชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวเกศรินทร์	พิมพ์ล	กรรมการ
๒๕. นางสาวพนิดา	ไชยปัทมา	กรรมการ
๒๖. เกสัชกรวงศธร	กิติรัตน์ตระกูล	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุทธสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธิณี	แป้นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจขาน	กรรมการและเลขานุการ

## ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้

๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๔.๒.๓ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริลักษณ์ สุวรรณโนบล	ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโฆหาร	ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิดา วงศ์ศักดิ์มณี	รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรรณนันท นิธิปรีชา	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงฉวีวรรณ รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๗. นายแพทย์เจนวิทย์ พุทธิแสน	กรรมการ
๘. นางสาวลลิตา ทรัพย์	กรรมการ
๙. นางสาวภัทรภรณ์ แก้วดวงดี	กรรมการ
๑๐. นางสาวชุตินา สมสิทธิ์	กรรมการ
๑๑. นางสาวศิริภา เชียงเงิน	กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร ราชูธร	กรรมการ
๑๓. นางสาวหทัยชนก อินเปิด	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา พานิชนอก	กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพลิน แยมโคกสูง	กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา ทรัพย์เรืองศรี	กรรมการ
๑๗. นางสุภาวดี สมบูรณ์	กรรมการ
๑๘. นางสาวนลินธรรณ เลิศวงศ์ธนกกิจ	กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาสิริ มะรังศรี	กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญญา สันจรรย์นันท	กรรมการ
๒๑. นางสาวนภาพร บัวสาย	กรรมการ
๒๒. เกษัตริย์นันทปวิธ กิตติสัตยกุล	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์ สรรพพลชัย	กรรมการ
๒๔. นางสาวอภิญญา สังเกต	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์ ขุนหอม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๒. ผีกรอบมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มโรคสูติ  
นรีเวช

๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคสูติ นรีเวชและวิเคราะห์หาประเด็นความ  
เสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)

๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพมาวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทาง  
คลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตาม  
ผลลัพธ์การดูแลรักษา

๖. นำผลลัพธ์การตามรอยทางคลินิกมาวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษา  
โรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)

๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่  
ได้จากการใช้เครื่องมือดักจับ (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event:  
AE) ตามกลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการ  
บริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติในการแก้ไข  
ตามสาเหตุของปัญหา ตามเกณฑ์ความเสี่ยงทุกระดับ

๙. เสริมพลังอำนาจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษามาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ และ  
บริบทของพื้นที่

๑๐. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ (PCT Orthopedic)  
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทนายแพทย์ บุระ	สินธุภากร	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวฬุกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ภักดีสงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยาอร	นำไพศาล	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทยา	เอียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญญิกา	วสินพวงศ์วิช	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนารัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์พลัญญ์	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	หวังธนบดีกุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชชุ์	ปานน้อยนนท์	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกฤษณาสี	สุกาญจนาเศรษฐ์	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ธีรชาติ	กรรมการ



๑๕. นางสาวดวงตา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏตา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุทธิณี	แป้นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวอติยา	กิริวัฒนศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐกฤษฏี	มนัสศิลา	กรรมการ
๒๐. นางสาวณาดยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ไบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายปฎิญา	เปศรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัชชา	กฤติณซ์	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริติยา	ศรีต่างคำ	กรรมการ
๒๕. นางสาวชिरาภรณ์	สุขอนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาวทิวพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วกมลรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางรติกรณ์	พัฒนแสง	กรรมการ
๒๙. นายวีระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางเบญญาภา	เสนครบุรี	กรรมการ
		และเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้ทุเลาจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
๓. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ
๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

#### ๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงพัทรวรรณ	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชวลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนนิกานต์	ลัมพศานุรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณภัสนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ

๑๐. นายศิษุศิษย์	ประภาวะนัง	กรรมการ
๑๑. นายรชต	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกณท์กระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรทัน	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวชดาภา	จรรยาทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหาทรัพย์ตระกูล	กรรมการและเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตอนที่ ๓ เรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้องค์ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างครบถ้วน
- สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ผ่านอนุกรรมการทุกด้าน
- ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- กำหนดทิศทาง ชี้้นำ มองภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งหาโอกาสในการพัฒนา
- ดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข/ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น
- ช่วยเหลือ ประสานงาน ความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
- ประเมิน และติดตามผล การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรค รายโรค กระบวนการการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

#### ๔.๒.๖ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นาย แพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุนีย์	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐรี	คำน้อม	กรรมการ
๕. นางสาวอภิญญา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิชฎาภรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาวรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกสัชกรหญิงศุภลักษณ์	โฉสูงเนิน	กรรมการ

๑๐. นางสาวพิชญากัศ	เสียงตรง	กรรมการ
๑๑. นายรัชตะ	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฏฐนิชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	อุ้นบุญเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช
๒. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
๓. ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

๔.๒.๗ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อรรคเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรฆพันธุ์	ทรรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชุนทด	กรรมการ
๕. นางสาวอัญชลี	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติรัช	ธนเขตไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภารดี	บุญทัน	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภักดีกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริินญา	พันธนู	กรรมการ
๑๑. นางสาวกุลนัฐ	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปรีตตา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตรเลขา	ใจพินิจ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล



๔.๒.๘ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอายุรศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรักษิณา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย	กริพละ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารุช	สุขสุผิว	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นันทนุท	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชัชชนก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์ภานุพงศ์	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ครบพรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงธนาพรรณ	ตินวีระจร	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เตชเสน	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์นันทพิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธัญญศักดิ์	เบศรภิญโญวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แดบสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพัฒนจิตา	ศรีธรรมสิทธิ์	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงศ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรภายลุน	กรรมการ
๒๐. นางสาวนภัสนันท์	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวชฎาพร	เพ็ญนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้องปัด	กรรมการ
๒๔. นางสาวอุมาภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาวรัชฎ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเรียง	กรรมการ
๒๗. นางวนิดา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวบุษบา	วัชรนิติธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกสัชกรชิตชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หมื่นรัตน์	กรรมการ
๓๒. ทนพญ.จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓๓. ทนพ.ณัฐพล	พรหมอุดม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกรรณา

สมพงษ์

กรรมการและเลขานุการ

๓๕. นางสาวอภิญญา

ประทุมตรี

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วิเคราะห์โอกาสพัฒนากำหนดทิศทาง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

๒. บริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการค้นหาจุดด้อยเพื่อนำไปปรับปรุง

๓. ประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา ให้การสนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลการปฏิบัติงาน

๔. ประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญอย่างเป็นองค์รวม

๕. สื่อสารการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ กับหน่วยงานอื่นในองค์กร

#### ๔.๒.๙ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย

นามวิชัยศิริกุล ที่ปรึกษา

๒. แพทย์หญิงชนนิกานต์

ลัมพศานุรักษ์ ประธาน

๓. แพทย์หญิงศวิตา

ทองขุนวงศ์ รองประธาน

๔. นางสาวชลดา

บุตรทัน กรรมการ

๕. นางสาวภัทรี

งามพลกรัง กรรมการ

๖. นางสาวศวิตา

กว้างนอก กรรมการ

๗. นางสาวเพ็ญศิริ

ประสิทธิ์ศุภการ กรรมการ

๘. นางสาวปวีรินทร์

ตอพล กรรมการ

๙. นางสาวกัญญา

แสงสารวัต กรรมการ

๑๐. นางสาวศิริพัฒน์

ภูเหล็ก กรรมการ

๑๑. นางสาวอติยา

กิริวัฒนศักดิ์ กรรมการ

๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์

วิชัยจุฑาทิพย์ กรรมการ

๑๓. นางสาวนันท์ฐภัส

ขานมา กรรมการ

๑๔. นายศิวัชชัย

ประภาวณัง กรรมการ

๑๕. นางสาวจิตรา

เกณธ์กระโทก กรรมการ

๑๖. นางสาวนารดา

ญาติเจริญ กรรมการและเลขานุการ

๑๗. นางสาวรัญญา

สินจริยานนท์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้ายของชีวิต

๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ที่บ้าน

๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง

๔.๒.๑๐ คณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วย  
บุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไรวดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงฉวีวรรณ	รัตนวิภาค	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิตติภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวัฒนกุล	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรมเพชร	กรรมการ
๘. เกสัชกรหญิงชิดชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัสสร	ภูริเดชเมธาวิ	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ชุ่มมะเร็ง	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สรายุ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
๒. ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
๓. รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง

๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหาารุนแรง

๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานที่มสทสาข

วิชาชีพ

๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อ  
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้

๕.๑ องค์กรแพทย์

๕.๒ องค์กรพยาบาล

๕.๓ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกสัชกร นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ
๒. ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติสมาชิก ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก
๓. ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้ถูกต้องตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
๔. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับวิชาชีพอื่น ๆ ตามที่สภาวิชาชีพได้กำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพและตามพระราชบัญญัติวิชาชีพที่กำหนดไว้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพิ่มศิริ เลอमानูวรรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





## คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๑๒๖/ ๒๕๖๔

### เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการ ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาทั้งในโรงพยาบาล สำนักวิชา แพทยศาสตร์ หน่วยงานอื่นในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสามารถติดตามประเมินผลงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๗๘๓/๒๕๖๔ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาตามโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ จำนวน ๒๗ คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย

#### ๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- |   |           |
|---|-----------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล   | ประธาน    |
| ๒. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ     | รองประธาน |
| ๓. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล                   | กรรมการ   |
| ๔. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์            | กรรมการ   |
| ๕. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร                      | กรรมการ   |
| ๖. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ | กรรมการ   |
| ๗. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานเวชกรรมสังคม                | กรรมการ   |
| ๘. รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก          | กรรมการ   |
| ๙. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย              | กรรมการ   |
| ๑๐. ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง                            | กรรมการ   |
| ๑๑. ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์              | กรรมการ   |
| ๑๒. ประธานคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย                             | กรรมการ   |
| ๑๓. ประธานคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย             | กรรมการ   |
| ๑๔. ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล      | กรรมการ   |



๑๕. ประธานคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๑๖. ประธานคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๗. ประธานคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๑๘. ประธานคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๑๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๑. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๒. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๒๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๒๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๒๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูตินรีเวชกรรม	กรรมการ
๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กรรมการ
๓๖. เลขาธิการคณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์	กรรมการ
๓๗. เลขาธิการคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย	กรรมการ
๓๘. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	กรรมการ
๓๙. เลขาธิการคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๐. เลขาธิการคณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	กรรมการ
๔๑. เลขาธิการคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	กรรมการ
๔๒. เลขาธิการคณะกรรมการระบบยา	กรรมการ
๔๓. เลขาธิการคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔๔. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรศาสตร์	กรรมการ
๔๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรม	กรรมการ
๔๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๔๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกุมารเวชกรรม	กรรมการ

๔๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช	กรรมการ
๔๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๕๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๕๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสูติรีเวชกรรม	กรรมการ
๕๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๕๓. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๕๔. เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก	กรรมการ
๕๕. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ เลขานุการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบาย วางแผน กำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
- จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ทุกทีมให้สามารถดำเนินการอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง
- เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน
- ประสานงานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานและทุกทีมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
- สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี สร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้มาเยือน

### ๒. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ สุขสุผิว	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภัทรามรุต	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว เชื้อปรง	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	กรรมการ
๖. อาจารย์ ทนตแพทย์หญิงจุฑามาศ เทพไทย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เดชสุขุม	กรรมการ
๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๑๒. นางนภาพร ดีใหม่	กรรมการ

๑๓. นางจันทร์เจ้า	กาดโคกกรวด	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรผาสุก	ตึรชาติ	กรรมการ
๑๕. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศรีรินทร์	กรรมการ
๑๗. นางณัฐธานี	แป้นศรี	กรรมการ
๑๘. นางสาวอังคณา	ขอนแก่น	กรรมการ
๑๙. นางสาวอัจฉรา	งามนวน	กรรมการ
๒๐. นางทองมี	ขุดพุดรา	กรรมการ
๒๑. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางสาวคณาวรรณ	บุญนารัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ
๒. วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมสำรวจการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล
๓. เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ
๔. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

### ๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

#### ๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู	สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นรีลักษณ์	สุวรรณโนบล	กรรมการ
๔. ทันตแพทย์หญิงพันธ์ทิพย์	จิตรพิทักษ์เลิศ	กรรมการ
๕. นางดวงรัตน์	อมตฉายา	กรรมการ
๖. เกสัชกรผาสุก	ตึรชาติ	กรรมการ
๗. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศรีรินทร์	กรรมการ
๘. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๙. นางณัฐธานี	แป้นศรี	กรรมการ
๑๐. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
๓. ดำเนินการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงหรือสำคัญเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งทีมนำ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๕. ให้คำปรึกษาหน่วยงาน ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
๖. กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

### ๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ที่ปรึกษา
๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	ประธาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ	สุขสุผิว	กรรมการ
๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ	อุยวัฒนกุล	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์มณี	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	เกียรติมงคล	กรรมการ
๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไรวดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงเก็จอัมพร	ศิริปัทมานนท์	กรรมการ
๙. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบุลย์	กรรมการ
๑๐. แพทย์หญิงนรี	พฤตคามภีร์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๑ ไตรมาสตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดบ่อยมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เจาะจาล่องเลี่ยเยียวยาเบื้องต้น ดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์
๕. สรุป วิเคราะห์ข้อมูล แจ้งในองค์กรแพทย์และ CLT เป็นประจำทุกเดือน
๖. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

**๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ที่ปรึกษา
๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร	ประธานกรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	รองประธานกรรมการ
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์	กรรมการ
๖. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๗. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านคุณภาพบริการ	กรรมการ
๘. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร อึ้งอารมณ	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพฯ	กรรมการและเลขานุการ
๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

- กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
- ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาช่องทางประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับกรณี
- กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้คู่กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
- ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
- วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓. พันโทหญิงหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นางสาวผกามาศ	จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๕. นายทรงกิจ	จิตภักดีดินทร์	กรรมการ
๖. นายวัชรินทร์	สิงต๊ะนะ	กรรมการ
๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ขานมา	กรรมการ



๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอนัญญา	ทวีภักดีโชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายยศพล	ไบเหลือง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุภัทสรุ	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางจิตติมา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวคณาวรรณ	บุญนารัตน์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวศรัญญา	อุทัยมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

**ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้**

๑. วางแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาคารสถานที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ให้ปลอดภัยได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สอดคล้องตามกฎหมายที่กำหนด
๒. วางแผนและออกแบบการบริหารจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ระบบการจัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่กำหนด
๓. วิเคราะห์และจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
๔. วางแผนและกำกับติดตาม ระบบสาธารณสุขโรค การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ สรุปวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
๕. จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
๖. พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเอื้อต่อการเยียวยา
๗. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

**๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณิณท์	ศรีนุชศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นนท์พิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสัททยา	นิยะโมสถ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวัฒนกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษโวหาร	กรรมการ
๗. ทันตแพทย์ชัชดนัย	แจ้งพิมาย	กรรมการ
๘. นางดวงรัตน์	อมตฉายา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี	ศรีกัญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิตา	แดขุนทด	กรรมการ

๑๑. นางสาวสุรางคณา	พรหมมาศ	กรรมการ
๑๒. นางสาวผกามาศ	จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๑๓. เกสัชกรหญิงสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๑๔. นายอนุชา	พรโสภิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวณิชาวรรณ	หิรัญประภากร	กรรมการ
๑๖. นางวันดี	ดีใหม่	กรรมการ
๑๗. นางสาววิภาภรณ์	พวงไธสง	กรรมการ
๑๘. นายทรงกิจ	จิตภักดีบดินทร์	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางนันทนา	พลสระคู	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. นางสาวเบญญาภา	ห้วยเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๒. กำหนดวิธีการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๓. กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
๔. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕. เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
๖. จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้ความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๗. กำกับดูแล ประเมินผลผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๘. การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๙. ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๑๐. มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมถี่ขึ้นหากพบว่ามีผลความผิดปกติ เช่น การระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

### ๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

#### ๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- |                                      |               |           |
|--------------------------------------|---------------|-----------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว | เชื้อปรุ่ง    | ที่ปรึกษา |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู            | สัตยวงศ์ทิพย์ | ที่ปรึกษา |

๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกล็ดกรภาวณิ	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบุลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวธัญธรรณ	ไขขุนทด	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกณัฐ	พิมพ์ปฐุ	กรรมการ
๑๑. นางศุภวรรณ	ชาติศรีนทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวดพุทรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนีวรรณ	พุ่มยี่สุน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรให้มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นที่มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมีการจัดการอย่างเป็นระบบ
๒. สนับสนุนการออกแบบระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องรวมถึงรักษาความปลอดภัย และความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเรียนรู้ การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
๓. บริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
๔. ควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ระบบ Network ทั้ง Internet และ Intranet ของโรงพยาบาล
๕. ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ / ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

### ๓.๖.๒ คณะอนุกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อุทัย	จินตรักษ์	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบุลย์ยิ่ง	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงฐิตินาถ	คงแป้น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงผณิตนทร	ธัญวิริยะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรนาถ	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพัชราภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงณิภาวิภูธา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ภักดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีติดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ



๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวซารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราช	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	ขระเชื่อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวไพลิน	ปัสสาวะโท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมาภรณ์	ทองแสน	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญเฮง	กรรมการ
๒๒. นางสาวตรึงตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิกุล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
๒. สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แก่ไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง
๓. รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

๓.๖.๓ คณะอนุกรรมการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ขวดพุทรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นายวรุฒิ	ประทุมตรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอนัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์หิรัญ	กรรมการ
๘. นางปฐมาพร	เชาว์ปรัชญากุล	กรรมการ
๙. นางสาวภาวิชัยพร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัญญาพร	ปานจับ	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	ชุตีวรรณษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุณิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๒. รวบรวมบันทึกการรายการข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บหรือใช้ (Records of Processing Activity : ROPA) จากหน่วยงานต่าง ๆ
๓. ประเมินความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นระยะ
๔. รับเรื่องร้องเรียน และรายงานความเสี่ยงด้านข้อมูลส่วนบุคคลจากระบบ ICR และหาวิธีแก้ไข

### ๓.๖.๔ คณะอนุกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศริน์ครินทร์	กรรมการ
๒. แพทย์หญิงมัลลิกา	ณ ราช	กรรมการ
๓. นายแพทย์อุทัย	จินตริกษ์	กรรมการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
๒. พัฒนาระบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทั้งที่เป็นระบบฐานข้อมูล การบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ Hospital Information System (HIS) การบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและการตรวจสอบภายใน
๓. ประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางวิชาชีพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากผู้ร่วมจ่าย (Thirds parties)

### ๓.๖.๕ คณะอนุกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวดพุทรา	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๔. นายแพทย์อุทัย	จินตริกษ์	กรรมการ
๕. นางจันทร์เจ้า	กาดโคกกรวด	กรรมการ
๖. นายวรวุฒิ	ประทุมตรี	กรรมการ
๗. นายสาคร	ห้ามไธสง	กรรมการ
๘. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๙. นางสุกัญญา	ยศสุนทร	กรรมการ
๑๐. นายเดชากรณ์	สำราญดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาระบบงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT



๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

### ๓.๖.๖ คณะอนุกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุ่ง	ประธาน
๒. นายวรุฒิ	ประทุมตรี	รองประธาน
๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๔. นายชาคริต	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๕. นายเฉลิมเกียรติ	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๖. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๗. นายภูทัย	ตาปิน	กรรมการ
๘. นายภิภูวรัช	สัจจลักษณ์	กรรมการ
๙. นายพัฒนพงษ์	คืบขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๑๐. นางสาวอมรรัตน์	ลดาวัลย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับ Telemedicine
๒. ประสานงาน ติดตาม พัฒนา และประเมินผลการดำเนินงาน
๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

### ๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุ่ง	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิสรา	สุงกฎ	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสินาภรณ์	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติสธิรพุล	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญธีรศักดิ์	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	กรรมการ
๘. แพทย์หญิงวรรณิดา	วงศ์ศักดิ์มณี	กรรมการ
๙. นายแพทย์อรรคเดช	ศรีพิลา	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๑๑. นายแพทย์พงษ์ธร	ปัทมา	กรรมการ
๑๒. นายเอกรินทร์	อินทร์รัมย์	กรรมการ
๑๓. นายชญภาพ	อ่อนนอก	กรรมการ
๑๔. นางสาวบุญญาพร	วันทองดี	กรรมการ
๑๕. เกสัชกรนภารัตน์	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๖. เกสัชกรหญิงสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๑๗. เกสัชกรผาสุก	ติรชาติ	กรรมการและเลขานุการ

๑๘. เกสัชกรหญิงภาวิณี

สุขศรี

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๑๙. เกสัชกรหญิงรพีพร

นอกระโทก

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา
๒. ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลนิเทศและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย
๓. พิจารณารายการยา เวชภัณฑ์ และสารเคมีเข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์
๔. ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล

๓.๘ คณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประธาน
๒. รองคณบดีฝ่ายบริหารสำนักวิชาแพทยศาสตร์ กรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ กรรมการ
๔. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์กรรมการ
๕. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล กรรมการ
๖. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานศูนย์สุขภาพช่องปาก กรรมการ
๗. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์ กรรมการ
๘. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร กรรมการ
๙. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ กรรมการ
๑๐. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ กรรมการ
๑๑. หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี กรรมการ
๑๒. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน กรรมการ
๑๓. หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและเลขานุการ
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning ) ได้แก่ การวางระบบบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การได้มาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร

๒. นำนโยบายจากทีมผู้นำ มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การทำแผนความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจากหน่วยงาน

๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Human Resource management) ได้แก่ การประเมินภาระงาน/ผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) การดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline) ดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Safety and Health) และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล (Labor Relation) ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุมวิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ความต้องการด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากรมนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้

๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด

#### ๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

##### ๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	ประธาน
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูตินรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน	กรรมการ



๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๒๔. ตัวแทนแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ
๒๕. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๖. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๗. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	กรรมการ
๒๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๓๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๓๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๓๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูตินรีเวชกรรม	กรรมการ
๓๓. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๓๔. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง	กรรมการ
๓๕. เภสัชกรชิตชนก สภารัตน์	กรรมการและเลขานุการ
๓๖. นางสาวศุภวรรณ ชาศิตรินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มองภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย
- วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก ให้บรรลุเป้าหมายองค์กร
- ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร
- เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

## ๔.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)

### ๔.๒.๑ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา	เกียรติมงคล	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญธีรศักดิ์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช	จงเจริญใจ	รองประธาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร	อึ้งอาภรณ์	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอัมมา	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพัชรภรณ์	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์	ศรีรัตน์ธนาธิก	กรรมการ
๘. นายแพทย์จักรพงษ์	เอี้ยวตระกูล	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงนิชารีย์	มุงกลาง	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินันท์	ศรีนุชศาสตร์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงไรวดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวธิดิรัตน์	โสภณ	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรหญิงนภารัตน์	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๕. เกสัชกรหญิงวรรณริษา	แท้ไธสง	กรรมการ
๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนัสชนก	เขตคาม	กรรมการ
๑๗. นางพัชรี	จันทะจร	กรรมการ
๑๘. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๙. นางรัชฎาพร	ปิยะบุตร	กรรมการ
๒๐. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๒๑. นางสาวจิระนันท์	แน่นสนิท	กรรมการ
๒๒. นางจรรยา	สิงห์แป	กรรมการ
๒๓. นางสาวอริสา	เกษมณีโชตินันท์	กรรมการ
๒๔. นางสาวธิดารัตน์	จำปาหอม	กรรมการ
๒๕. นางสาวธนพร	มาลีเวช	กรรมการและเลขานุการ
๒๖. นางสาวสุกัญญา	คอกขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. นางสาววีณา	แอมปัตตา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นางสาวฐิติรัตน์	ช้อยนอก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ทบทวนรายการผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม
๒. ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน
๓. สรุปผลการทบทวนและการปรับระบบ นำส่งคณะกรรมการ CLT



๔. รวบรวมข้อมูลการทบทวนรายกรณีผู้ป่วยตามกรรมการที่รับผิดชอบ
  ๕. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามการปรับระบบและสรุปวิเคราะห์ Risk ทางคลินิก
  ๖. ร่วมจัดทำแผนพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ Service plan และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ร่วมกับทีม PCT และดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนที่วางไว้

**๔.๒.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้**

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีัญญา	ปุณณะปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติสิริกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิริติการณ์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวัฒนกุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภัช	ภูไพบูลย์	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนรินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัครฤทธิ์ไกร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	ควรสนธิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อุยุทธ์	จินตรักษ์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัศววัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์นริศเรศ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐพงษ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์เศกดุสิต	เอกวงษ์	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาติวัฒน์	ปิยารมย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวรากานต์	ตั้งจตุพร	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงณัฐดาว	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณกมล	พัฒนเจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอดสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวดาทิพย์	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภารัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชนิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายฉัตรชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวเกศรินทร์	พิมพ์ล	กรรมการ
๒๕. นางสาวพนิดา	ไชยปัดดา	กรรมการ
๒๖. เกสัชกรวงศธร	กิติรัตน์ตระกูล	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุทธสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธินิ	แป้นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจขาน	กรรมการและเลขานุการ

## ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้

๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๔.๒.๓ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริลักษณ์ สุวรรณโนบล	ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโฆหาร	ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิดา วงศ์ศักดิ์มณี	รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรรณนันท นิธิปรีชา	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงฉวีวรรณ รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๗. นายแพทย์เจนวิทย์ พุทสีแสน	กรรมการ
๘. นางสาวลลิตา ทรัพย์	กรรมการ
๙. นางสาวภัทรภรณ์ แก้วดวงดี	กรรมการ
๑๐. นางสาวชุติมา สมสิทธิ์	กรรมการ
๑๑. นางสาวศิริภา เชียงเงิน	กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร ราชูธร	กรรมการ
๑๓. นางสาวหทัยชนก อินเปิด	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา พานิชนอก	กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพลิน แยมโคกสูง	กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา ทรัพย์เรืองศรี	กรรมการ
๑๗. นางสุภาวดี สมบูรณ์	กรรมการ
๑๘. นางสาวนลินธรรณ เลิศวงศ์ธนกกิจ	กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาสิริ มะรังศรี	กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญญา สันจรรย์นันท	กรรมการ
๒๑. นางสาวนภาพร บัวสาย	กรรมการ
๒๒. เกษัตริย์นันทปวิธ กิตติสัตยกุล	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์ สรรพลชัย	กรรมการ
๒๔. นางสาวอภิญญา สังเกต	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์ ขุนหอม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๒. ผังกรอบมสทสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มโรคสูติ  
นรีเวช

๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคสูติ นรีเวชและวิเคราะห์หาประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)

๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพมาวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทางคลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์การดูแลรักษา

๖. นำผลลัพธ์การตามรอยทางคลินิกมาวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)

๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่ได้จากการใช้เครื่องมือดักจับ (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ตามกลุ่มโรคสูติ นรีเวช

๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการบริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติในการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา ตามเกณฑ์ความเสี่ยงทุกระดับ

๙. เสริมพลังอำนาจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษามาตรฐานเกณฑ์คุณภาพ และบริบทของพื้นที่

๑๐. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ (PCT Orthopedic)  
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทนายแพทย์ บุระ	สินธุภากร	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวฬุกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ภักดีสงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยาอร	นำไพศาล	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทยา	เอียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญญิกา	วศินพงศ์วิชัย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนารัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์พลภูมิ	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	หวังธนบดีกุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชชุ	ปานน้อยนนท์	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกฤษณาสี	สุกาญจนาเศรษฐี	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	ลีลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ธีรชาติ	กรรมการ



๑๕. นางสาวดวงตา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏตา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุทธิณี	แป้นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวอติยา	กิริวัฒนศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐกฤษฏี	มนัสศิลา	กรรมการ
๒๐. นางสาวณาดยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ไบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายปฎิญา	เปศรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัชชา	กฤติณซ์	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริติยา	ศรีต่างคำ	กรรมการ
๒๕. นางสาวชिरาภรณ์	สุขอนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาวทิวพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วกมลรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางรติกรณ์	พัฒนแสง	กรรมการ
๒๙. นายวีระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางเบญญาภา	เสนครบุรี	กรรมการ
		และเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้ทุเลาจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
๓. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ
๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

#### ๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงพัทรวรรณ	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชวัลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนนิกานต์	ลัมพศานุรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณภัสนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ

๑๐. นายศิษุศิษย์	ประภาวะนัง	กรรมการ
๑๑. นายรชต	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกณท์กระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรทัน	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวชดาภา	จรรยาทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐภัส	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหาทรัพย์ตระกูล	กรรมการและเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตอนที่ ๓ เรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้องค์ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างครบถ้วน
๒. สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ผ่านอนุกรรมการทุกด้าน
๓. ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๔. กำหนดทิศทาง ชี้นำ มองภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งหาโอกาสในการพัฒนา
๕. ดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข/ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น
๖. ช่วยเหลือ ประสานงาน ความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
๗. ประเมิน และติดตามผล การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรค รายโรค กระบวนการการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

#### ๔.๒.๖ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นาย แพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุนีย์	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐรี	คำน้อม	กรรมการ
๕. นางสาวอภิญญา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิษฏาภรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาวรัญญา	สินจรรย์านนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกสัชกรหญิงศุภลักษณ์	โณสูงเนิน	กรรมการ



๑๐. นางสาวพิชญากัศ	เสียงตรง	กรรมการ
๑๑. นายรัชตะ	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฏฐนิชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	อุ้นบุญเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทางจิตเวช
๒. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
๓. ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

๔.๒.๗ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อรรคเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรฆพันธุ์	ทรรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชุนทด	กรรมการ
๕. นางสาวอัญชลี	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติรัช	ธนเขตไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภารดี	บุญทัน	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภักดีกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริินญา	พันธนู	กรรมการ
๑๑. นางสาวกุลนัฐ	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปรีตตา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตรเลขา	ใจพินิจ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๔.๒.๘ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอายุรศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคล  
ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรักษิณา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย	กริพละ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรารุช	สุขสุผิว	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นันทนุท	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชัชชนก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์ภานุพงศ์	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ครบพรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงธนาวรรณ	ตินวีระจร	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เตชเสน	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์นันทพิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธัญญศักดิ์	เบศรภิญโญวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แดบสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพัฒนจิตา	ศรีธรรมสิทธิ	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงศ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรกายลุน	กรรมการ
๒๐. นางสาวนภัสนันท์	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวชฎาพร	เพ็ญนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้องปัด	กรรมการ
๒๔. นางสาวอุมาภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาวรัชฎ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเริง	กรรมการ
๒๗. นางวนิดา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวบุษบา	วัชรนิติธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกสัชกรชิตชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หมื่นรัตน์	กรรมการ
๓๒. ทนพญ.จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓๓. ทนพ.ณัฐพล	พรหมอุดม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกรรณา

สมพงษ์

กรรมการและเลขานุการ

๓๕. นางสาวอภิญญา

ประทุมตรี

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทาง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม
๒. บริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการค้นหาจุดด้อยเพื่อนำไปปรับปรุง
๓. ประสานการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา ให้การสนับสนุนทรัพยากร และติดตามผลการปฏิบัติงาน
๔. ประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญอย่างเป็นองค์รวม
๕. สื่อสารการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ กับหน่วยงานอื่นในองค์กร

#### ๔.๒.๙ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงชนนิกานต์	ลัมพศานุรักษ์	ประธาน
๓. แพทย์หญิงศวิตา	ทองขุนวงศ์	รองประธาน
๔. นางสาวชลดา	บุตรทัน	กรรมการ
๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๖. นางสาวศวิตา	กว้างนอก	กรรมการ
๗. นางสาวเพ็ญศิริ	ประสิทธิ์ศุภการ	กรรมการ
๘. นางสาวปวีรินทร์	ตอพล	กรรมการ
๙. นางสาวกัญญา	แสงสารวัต	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติธยา	กิริวัฒนศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์	วิชัยจุฑาทิพย์	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์ฐภัส	ขานมา	กรรมการ
๑๔. นายศิวัชชัย	ประภาวะนัง	กรรมการ
๑๕. นางสาวจิตรา	เกณธ์กระโทก	กรรมการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาวรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้ายของชีวิต



๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ที่บ้าน

๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน

๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง

๔.๒.๑๐ คณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วย  
บุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไรวดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงฉวีวรรณ	รัตนวิภาค	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	กิตติภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวัฒน์กุล	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรมเพชร	กรรมการ
๘. เกสัชกรหญิงชิดชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัสสร	ภูริเดชเมธาวิ	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ชุ่มมะเร็ง	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สรายุ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
๒. ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
๓. รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง

๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหาารุนแรง

๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานที่มสทสาข

วิชาชีพ

๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อ  
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้

๕.๑ องค์กรแพทย์

๕.๒ องค์กรพยาบาล

๕.๓ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกสัชกร นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ
๒. ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติสมาชิก ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก
๓. ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้ถูกต้องตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
๔. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับวิชาชีพอื่น ๆ ตามที่สภาวิชาชีพได้กำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพและตามพระราชบัญญัติวิชาชีพที่กำหนดไว้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพิ่มศิริ เลอमानูวรรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





## คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๑๓๒/ ๒๕๖๔

### เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

อนุสนธิคำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๒๖/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้ง  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง และ  
มีประสิทธิภาพสูงสุคนั้น

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วย  
การบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๗๘๗/๒๕๖๔ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔  
และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลง  
วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงให้แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพประจำปี  
งบประมาณ ๒๕๖๕

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Improvement Committee :  
QIC) เปลี่ยนชื่อตำแหน่งในลำดับที่ ๓๐ - ๓๔ และลำดับที่ ๕๖ จากเดิม

“๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ”

เป็นชื่อตำแหน่ง

“๓๐. แพทย์หัวหน้าสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ”

๒. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey : IS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการ  
ลำดับที่

“๖. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล กรรมการ”

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (Risk Management Committee :  
RMC) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๑๒. นางสาวสุภัทสรุา เกตุศักดิ์ กรรมการและ  
ผู้ช่วยเลขานุการ”

๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (Risk Management Doctor :  
RMD) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๙. ทันตแพทย์ธณพัฒน์ ราชวงศ์ กรรมการ”

๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team : RMT) เพิ่ม  
ชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๑๑. ทันตแพทย์หญิงพันธ์ทิพย์ จิตรพิทักษ์เลิศ กรรมการ”

๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Environmental  
Management Committee : ENV) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๑๑ จาก นายยุทธนา กระจายกลาง  
เป็น

“๑๑. นางสาวมินตรา พันธุ์ภักดี กรรมการ”

๓.๖.๑ คณะอนุกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Management Information  
System : MIS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๔. นายแพทย์ยุทธ จินตรักษ์ กรรมการ

๑๑. นายวรวิฒิ ประทุมตรี กรรมการ”

๓.๖.๒ คณะอนุกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical Record Audit :  
MRA) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๑๐. ทันตแพทย์ธณพัฒน์ ราชวงศ์ กรรมการ”

๓.๖.๔ คณะอนุกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ปรับชื่อ  
คณะกรรมการลำดับที่ ๓. จาก นายแพทย์ยุทธ จินตรักษ์ กรรมการ เป็น

“๑. นายแพทย์ยุทธ จินตรักษ์ ประธานและ  
เลขานุการ”

๓.๖.๕ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศให้บรรลุมาตรฐานสมาคมเวช  
สารสนเทศไทย (HA IT) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๑-๒ จาก ๑. พันโทหญิงนฤมล ทองวัชรไพบูลย์  
ประธาน ๒. นางทองมี ขวตพุทรา รองประธาน เป็น

“๑. นายแพทย์วรัญญู	สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรไพบูลย์	รองประธาน”

และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๖. ทันตแพทย์ธณพัฒน์	ราชวงศ์	กรรมการ”
----------------------	---------	----------

๓.๗ คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๓, ๘ และ ๑๐ จาก ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิตรา สุปงกุ  
กรรมการ ๘. แพทย์หญิงวรรณิตา วงศ์ศักดิ์มณี กรรมการ และ ๑๐. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์  
กรรมการ เป็น

“๓. อาจารย์ แพทย์หญิงนันทน์ภัส	ประจวบเดชา	กรรมการ
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา	ทองดี	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวฬุกุล	กรรมการ”

และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

“๑๒. ทันตแพทย์หญิงพทุธิพร	ตั้งพุทธสิริ	กรรมการ
๑๖. นางสาวธนัชพร	ภักดีกระโทก	กรรมการ
๑๗. นางสาวปิยาภรณ์	วงศ์วัฒนะ	กรรมการ
๑๘. นายทศพล	ศุภธนกำธร	กรรมการ
๑๙. นางสาวฐิติรัตน์	ข่อยนอก	กรรมการ
๒๐. นางสาวศิริยากร	แก้วมงคล	กรรมการ
๒๑. นางสาววรรณวิษา	อุดทา	กรรมการ”

#### ๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) เปลี่ยนตำแหน่งของคณะกรรมการลำดับที่ ๒-๔ และ ๑๓-๒๔ จากเดิม

“๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	
กระดูกและข้อ	กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน	กรรมการ
๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ

๑๗. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ”

เป็นชื่อตำแหน่ง

“๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	รองประธาน
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม	กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าสาขาจักษุวิทยา	กรรมการ
๑๔. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ
๑๕. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าสาขาโสต คอ นาสิกวิทยา	กรรมการ
๑๙. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการ”

๔.๒.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) เพิ่มชื่อ คณะกรรมการลำดับที่

“๑๙. ทันตแพทย์ปัจจัย	เนื่องโคตะ	กรรมการ”
----------------------	------------	----------

๔.๒.๓ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๒๓. จาก นางสาวสุนันท์ สรรพพลชัย กรรมการ เป็น

“๒๓. เทคนิคการแพทย์หญิงนิติรัตน์	ศุขสิทธิ์	กรรมการ”
----------------------------------	-----------	----------

๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) เปลี่ยนรายชื่อคณะกรรมการจาก

“๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงพัทธวิมล	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชวัลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนนิกานต์	ลัมพศานุรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ

๗. นางสาวณัฏสนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๑๐. นายศิษุศิษย์	ประภาะนัง	กรรมการ
๑๑. นายรชต	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกณธ์กระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภavana	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรทัน	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวชดาภา	จรรยาทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐักัส	ขานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหาทรัพย์ตระกูล	กรรมการและ เลขานุการ”

เป็นรายชื่อคณะกรรมการ ดังนี้

“๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญา	สัตยวงศ์ทิพย์	รองประธาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสีขาว	เชื้อปรุง	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงพัทธวิมล	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๕. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลัญญา	รัตนพิบูลย์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงชนนิภาณต์	ลิ้มพวงศานุรักษ์	กรรมการ
๗. นางสาวธนพร	สุขวัฒน์	กรรมการ
๘. นางสาวปวีนันท์	ตอพล	กรรมการ
๙. นางกัญญารัตน์	มหาทรัพย์ตระกูล	กรรมการ
๑๐. นางสาววรัญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติตยา	กิริวัฒนาศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัญญา	อุทัยมา	กรรมการ
๑๓. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๑๔. นายศิษุศิษย์	ประภาะนัง	กรรมการ
๑๕. นางสาวจุไรรัตน์	เอี่ยมปา	กรรมการ
๑๖. นางสาวจิตรา	เกณธ์กระโทก	กรรมการ
๑๗. นางสาวภavana	จำรูญ	กรรมการ
๑๘. นางสาวชลดา	บุตรทัน	กรรมการ
๑๙. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๒๐. นางสาวชดาภา	จรรยาทองแถม	กรรมการ



๒๑. นางสาวนันท์ฐภัส

ชานมา

กรรมการ

๒๒. แพทย์หญิงศิวิดา

ทองขุนวงศ์

กรรมการและ

เลขานุการ”

นอกจากที่แก้ไขแล้วให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอพานุวรรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ภาคผนวก ค9

นโยบายความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน



## ประกาศโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### เรื่อง นโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่จะส่งผลกระทบต่อบุคลากร ผู้มารับบริการ จึงได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎหมาย และ ข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
๒. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน เพื่อให้มั่นใจว่าความเสี่ยงได้รับการป้องกันและ แก้ไขอย่างถูกต้อง และเหมาะสม
๓. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความสามารถ มีความตระหนัก และสร้างจิตสำนึกต่องานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และ พลังงาน
๔. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ในด้าน งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และ พลังงาน ได้รับการพัฒนา
๕. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สนับสนุนให้มีการลดใช้กล่องโฟมหรือถุง พลาสติก ดำเนินการคัดแยกขยะและกำจัดขยะให้เหมาะสมตามแนวทางของโรงพยาบาล และเพิ่มพื้นที่สีเขียว ให้กับโรงพยาบาล
๖. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีการตรวจ สุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรคประจำปี และส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดสรรพื้นที่สำหรับออกกำลังกายภายใน โรงพยาบาล
๗. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการประหยัดพลังงานอย่างเหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายการใช้พลังงานในแต่ละปี
๘. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะปฏิบัติตามระบบการจัดการพลังงานของ กรมพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน

ภาคผนวก ค10  
ปริมาณขยะรีไซเคิล

รายการประเภทขยะรีไซเคิล ม.ค.-ธ.ค.2564

วันที่	ประเภทของขยะรีไซเคิล (กิโลกรัม)														
	กระดาษ ขาว-ดำ	เศษกระดาษ	กล่อง กระดาษ	ขวดพลาสติกใส (ไม่แกะ สติ๊กเกอร์/ไม่ แยกฝา)	ขวดแก้วสี	ขวดแก้ว ใส	พลาสติก รวมใหญ่	พลาสติก รวมเล็ก	กระป๋อง อะลูมิเนียม	กระป๋อง สังกะสี	ถุงขยะ	พลาสติก กกรอบ	ขวด น้ำเกลือ	เหล็ก	รวมปริมาณขยะ
มกราคม															
1/12/1964	0	510	1000			250	0	635.5					0		2,395.50
1/20/1964	0	418	0			200	0	508.5					0		1,126.50
6/23/1964	0	288	750			0	0	44.2					0		1,082.20
6/29/1964	16	208	298			26	0	312					0		860
รวม	16	1,424.00	2,048.00			476	0	1,500.20					0		5,464.20
กุมภาพันธ์															
2/5/1964	0	160	400			120	0	263.5					0		943.5
2/13/1964	0	350	570			120	0	364.25					0		1,404.25
2/20/1964	0	360	460			150	0	272.5					0		1,242.50
รวม	0	870	1,430.00			390	0	900.25					0		3,590.25
มีนาคม															
3/10/1964	0	0	590			200	0	515					0		1,305.00
3/12/1964	0	370	250			30	0	204					0		854
3/23/1964	0	270	870			250	0	523.5					0		1,913.50
รวม	0	640	1710			480	0	1242.5					0		4,072.50



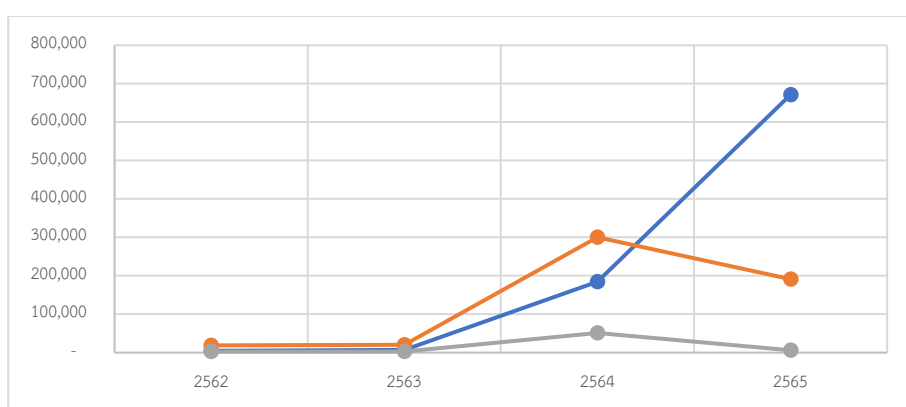
เมษายน														
4/5/1964	0	400	775			250	0	673					0	2,098.00
4/9/1964	0	160	258			100	0	160					0	678
4/23/1964	0	320	460			120	0	350					0	1,250.00
รวม	0	880	1,493.00			470	0	1,183.00					0	4,026.00
พฤษภาคม														
5/8/1964	0	400	300			200	0	547.5					0	1,447.50
5/19/1964	0	810	300			150	0	253.5					0	1,513.50
5/20/1964	0	260	0			0	0	0					0	260
5/31/1964	26	611	495			129	0	390					0	1,651.00
รวม	26	2,081.00	1,095.00			479	0	1,191.00					0	4,872.00
มิถุนายน														
6/4/1964	0	58	90			0	0	163					0	311
6/11/1964	0	251	521			120	0	450					0	1,342.00
6/18/1964	0	180	360			75	0	347.5					0	962.5
6/25/1964	0	380	465			150	0	259.5					0	1,254.50
รวม	0	869	1,436.00			345	0	1,220.00					0	3,870.00
กรกฎาคม														
7/2/1964	160	250	420			130	0	325					0	1,285.00
7/9/1964	0	160	0			130	0	208					0	498
7/16/1964	160	250	420			130		325						1,285.00
7/30/1964	0	370	655			150.5	0	350.5					0	1,526.00
รวม	320	1,030.00	1,495.00			540.5	0	1,208.50					0	4,594.00

สิงหาคม															
8/6/1964	0	370	450	0	0	0	0	403		0		0	0		1,223.00
8/10/1964	0	60	0	0	0	50	0	145		0		0	0		255
8/16/1964	236	395	630	0	0	0	63	210		0		0	30		1,564.00
8/20/1965	18	150	291	0	0	18	0	165		0		0	9		651
8/27/1966	23	225	447	0	0	0	3	321.75		2		0	13		1,034.75
8/31/1967	34	93	206	0	0	0	0	145.6		0		0	0		478.6
รวม	311	1293	2024	0	0	68	66	1390.35		2		0	52		5,206.35
กันยายน															
9/3/1964	16	180.5	125	0	0	3.5	0	139.1	0	0	0	0	0	0	464.1
9/7/1964	8	108	296	3	0	0	5	0	0	0	0	0	8	0	428
9/10/1964	20	74	250	21	5	39	1	3	0	0	0	0	40	0	453
9/17/1964	33	236	505	16	10	89	0	278.2	0	1	1	3	59	0	1,231.20
9/21/1964	9	150	248	0	15	0	0	170.95	0	0	0	0	4	0	596.95
9/24/1964	12	125	191	0	0	7	0	94.25	0	0	0	0	0	7	436.25
9/29/1964	14	97	212	0	0	0	0	133.25	0	0	0	0	0	0	456.25
รวม	112	970.5	1827	40	30	138.5	6	818.75	0	1	1	3	111	7	4,065.75
ตุลาคม															
10/5/1964	48	292	447	0	0	47	0	275.6	0	0	0	0	0	0	1,109.60
10/8/1964	13	146	252	0	0	19	3	171.6	0	0	0	0	10	0	614.6
10/11/1964	22	100	254	0	0	0	0	189	0	0	0	0	6	0	571
10/15/1964	10	185	252	0	0	15	0	190.45	0	0	0	0	8	0	660.45
10/19/1964	25	124	331	0	0	0	0	300.3	0	0	0	0	9	0	789.3

10/26/1964	33	250	484	0	0	29	0	237.25	0	1	0	4	45	0	1,083.25
10/29/1964	22.5	154	235	4	0	16.5	0	0	0	0.4	0	0	9	0	441.4
รวม	173.5	1251	2255	4	0	126.5	3	1364.2		1.4		4	87	0	5,269.60
พฤศจิกายน															
11/2/1964	26	48	294	19	8	25	2	0	0	1	0	0	36	0	459
11/5/1964	57	83	238	10	12	43	0	18	0.5	0.5	0	0	45	0	507
11/9/1964	27	70	271	0	7	32	0	23	0	0	0	0	25	0	455
11/16/1964	88	176	544	45	5	81	0	23	0	0.5	0	0	99	0	1,061.50
11/19/1964	16	70	238	15	5	31	3	5	0	1	38	0	29	0	451
11/23/1964	35	63	246	8	6	20	0	15	0	1.5	0	0	27.5	0	422
11/26/1964	12	120	161	0	0	26	0	123	0	0	0	0	3.5	0	445.5
11/30/1964	19	89	232	4	0	0	0	3	0	0	0	0	22	0	369
รวม	280	719	2224	101	43	258	5	210	0.5	4.5	38	0	287	0	4,170.00
ธันวาคม															
12/3/1964	16	149	257	50	10	37	11	20	0	2	0	0	59	0	611
12/7/1964	81	166	428	0	0	0	0	3	0	0	0	0	17	0	695
12/14/1964	58	124	412	22	0	54	0	11	0	2	0	0	73	0	756
12/21/1964	29	74	240	12	0	45	0	8	0	1	0	0	56	0	465
12/29/2564	0	570	0	0	0	0	0	1215.5	0	0	0	0	0	0	1,785.50
รวม	184	1083	1337	84	10	136	11	1257.5	0	5	0	0	205	0	4,312.50

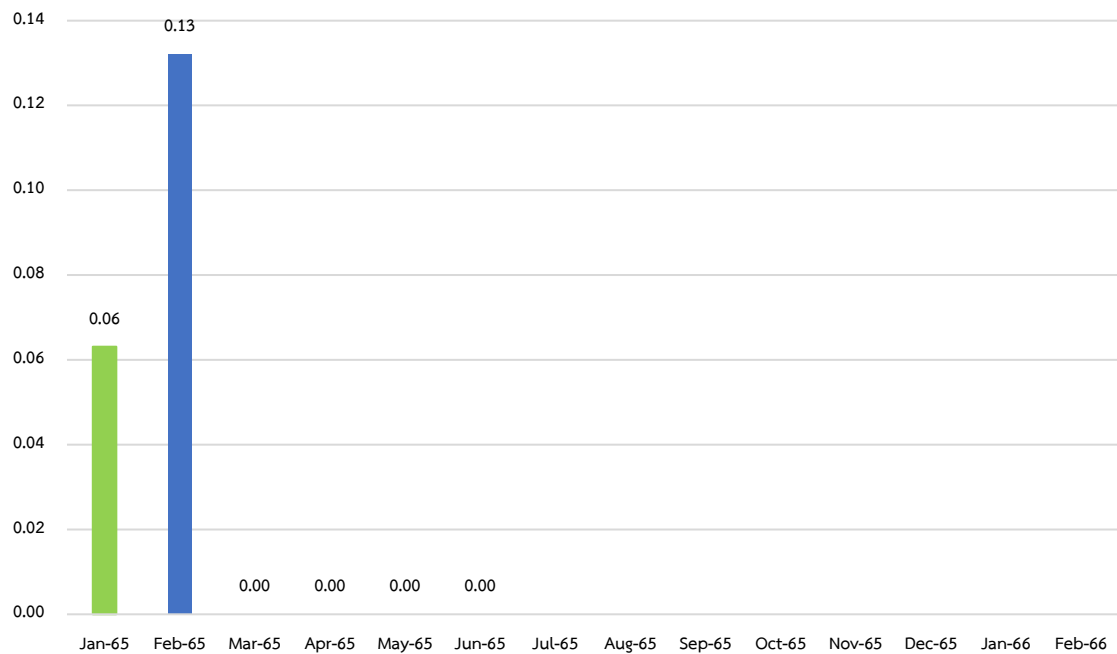
**รายการประเภทขยะรีไซเคิล ม.ค.-มิ.ย.2565**

ปี	Avg/M (Kg.)		
	ติดเชื้อ	ทั่วไป	รีไซเคิล
2562	4,717	18,785	2,597
2563	7,092	20,094	2,636
2564	184,279	300,238	51,118
2565	671,402	191,552	6,122



AADC	Jan-65	Feb-65	Mar-65	Apr-65	May-65	Jun-65
2565						
<b>ขยะติดเชื้อ/Day</b>						
อัตราการเกิดขยะติดเชื้อต่อวัน 2565	794.26	920.71	7615.73	6823.23	6033.60	
ปริมาณขยะติดเชื้อต่อเดือน	24,622.00	25,780.00	228,472.00	211,520.00	181,008.00	
ขยะติดเชื้อ:AADC (target<0.7 kg/AADC)						
<b>ขยะrecycle/day</b>						
อัตราการเกิดขยะรีไซเคิลต่อวัน 2565	66.53	144.99				
อัตราการเกิดขยะรีไซเคิลต่อเดือน 2565	2062.50	4059.65				
<b>ขยะทั่วไป/day</b>						
อัตราการเกิดขยะทั่วไปต่อวัน 2565	1054.19	1097.86	1119.03	895.57	1104.5	1077.8
ปริมาณขยะทั่วไปต่อเดือน	32680.00	30740.00	34690.0	26867.0	34240.0	32335.0
ขยะrecycle:ขยะทั่วไป (target > 1)	0.06	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00

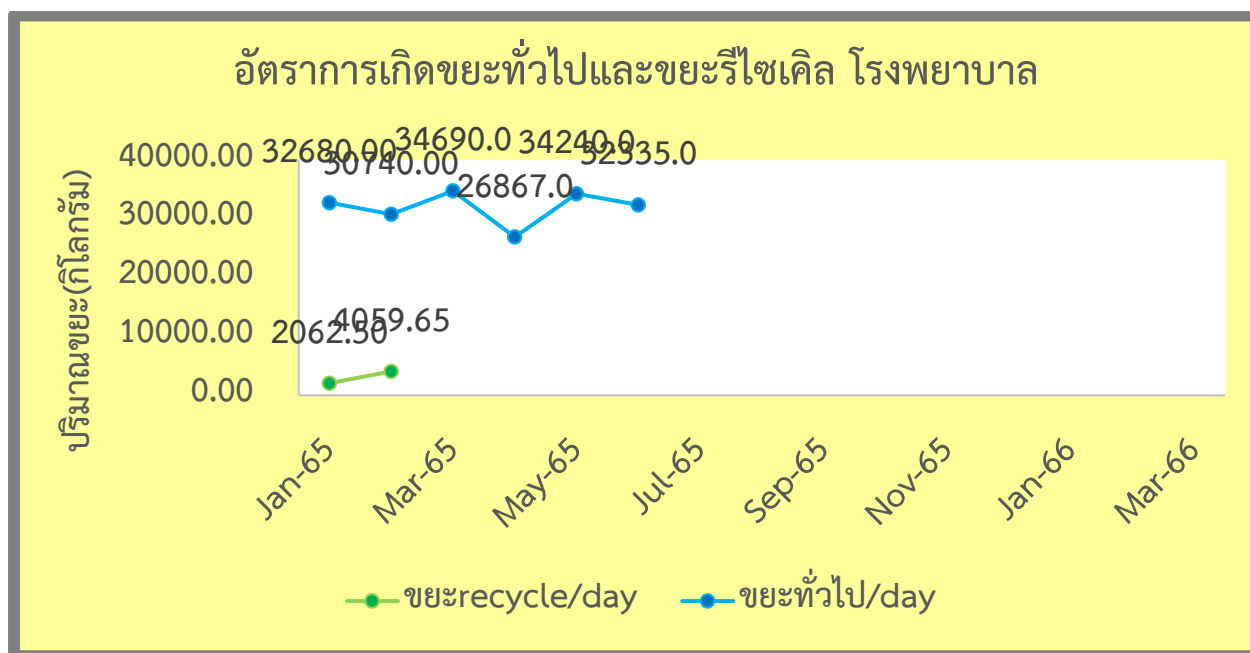
ขยะ Recycle : ขยะทั่วไป (target > 1)



ขยะติดเชื้อ : AADC (target < 0.7 kg./AADC)



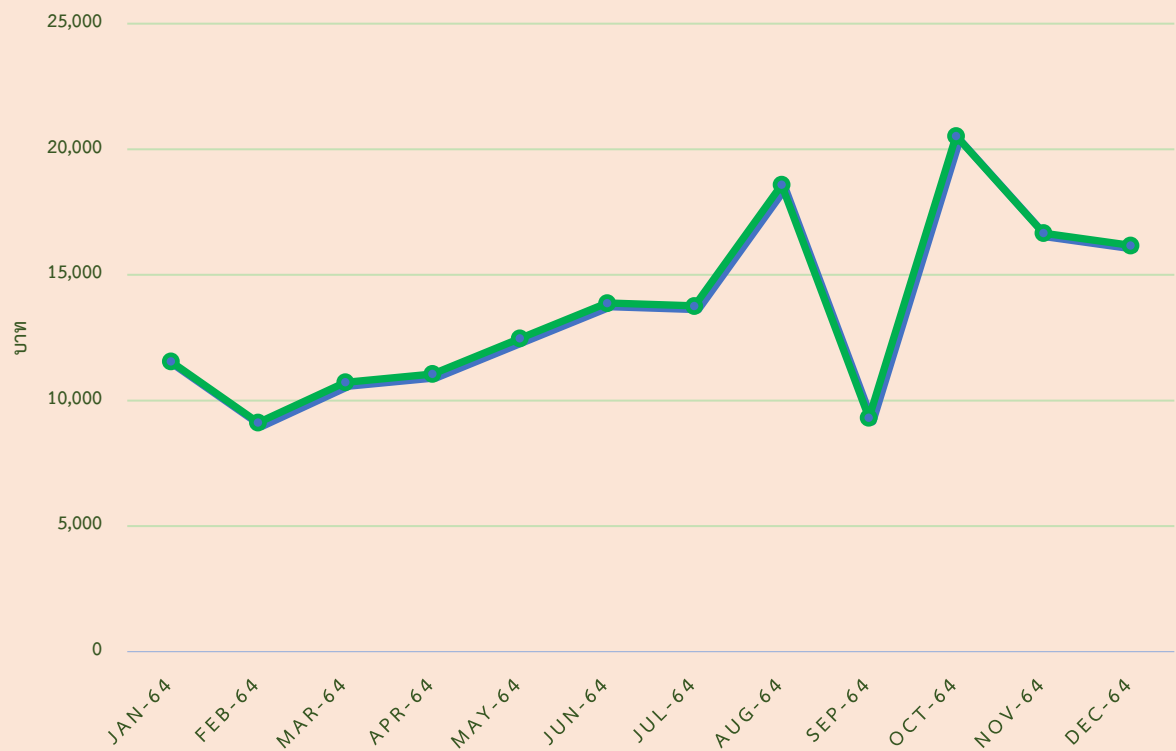




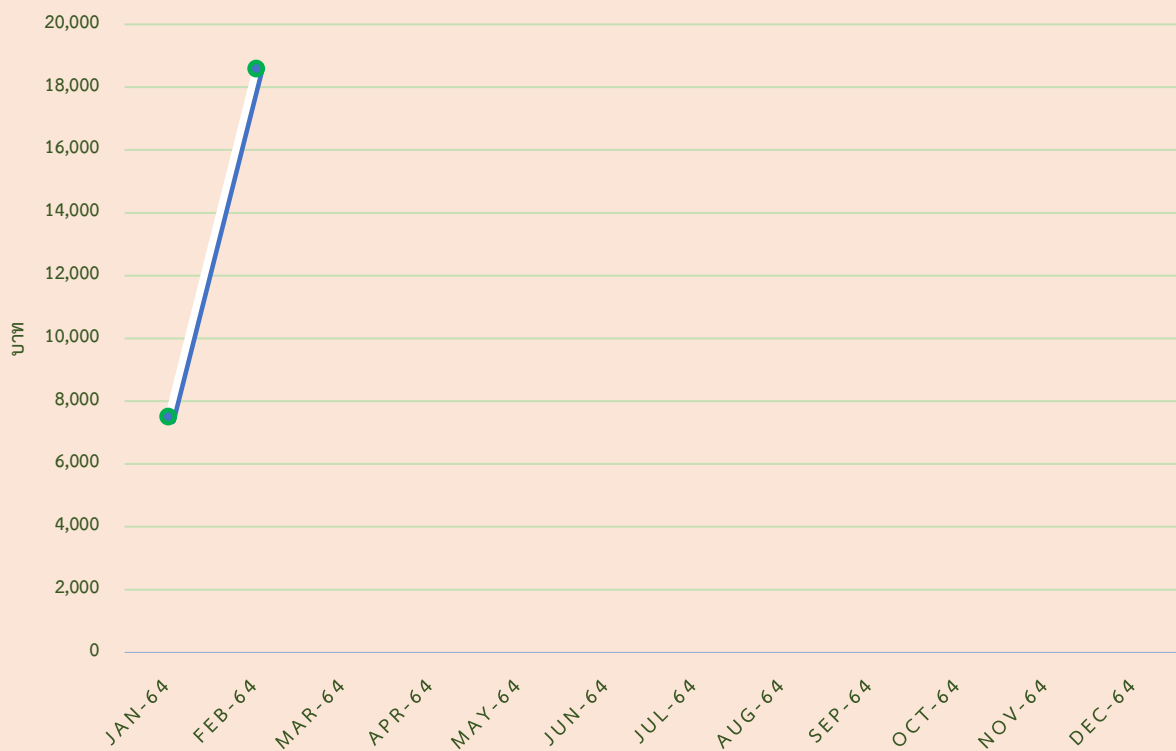
**ยอดขายขยะรีไซเคิล (บาท)**

2564		2565	
เดือน	ยอดขายขยะรีไซเคิล (บาท)	เดือน	ยอดขายขยะรีไซเคิล (บาท)
Jan-64	11,550.38	Jan-64	7,503.75
Feb-64	9,118.38	Feb-64	18,586.44
Mar-64	10,724.18	Mar-64	
Apr-64	11,053.34	Apr-64	
May-64	12,467.00	May-64	
Jun-64	13,880.66	Jun-64	
Jul-64	13,760.45	Jul-64	
Aug-64	18,585.08	Aug-64	
Sep-64	9,308.00	Sep-64	
Oct-64	20,531.11	Oct-64	
Nov-64	16,664.46	Nov-64	
Dec-64	16,175.00	Dec-64	
<b>รวม</b>	<b>163,818.04</b>	<b>รวม64</b>	<b>26,090.19</b>

ยอดขายขยะรีไซเคิลปี 2564



ยอดขายขยะรีไซเคิลปี 2565



ประเภทขยะ	Jan-65	Feb-65	Mar-65	Apr-65	May-65
ขยะรีไซเคิล	2062.50	4059.65			
ขยะทั่วไป	32680.00	30740.00	26867.00	34240.00	32335.00
ขยะติดเชื้อ	24622.00	25780.00	228472.00	211520.00	181008.00
ขยะอันตราย	-				
ขยะเคมีบำบัด	-				
ขยะอันตราย ขยะเคมีบำบัด	-				
รวมทั้งหมด	59,365	60,580	255,339	245,760	213,343

ภาคผนวก ค11  
แผนการปลูกต้นไม้ประจำปี



A low-angle, upward-looking photograph of a modern urban environment. On the left, a building features a dense, vertical garden with lush green foliage. In the center, a tall, glass-clad skyscraper reaches towards the sky. On the right, a building with a curved glass facade reflects the surrounding scene. The sky is a clear, bright blue with a few wispy clouds. The overall composition conveys a sense of height, modernity, and integration with nature.

SLTH

แผนการปลูก **ต้นไม้**  
ประจำปี **2564**





“ພັງ  
ຕັບ  
ໂມ້”

ປີ 2563



1. ต้นเสลา(ดำเนินการแล้ว)
2. ยังไม่ได้ปลูกอะไร แต่คาดว่าจะปลูกไม้ยืนต้น3 ชั้น(ประดู่ป่า แคนเดส กะพี้ จัน ทองกวาว)
3. สวนครัว (หลังสร้างเสริมยกเล็กคงไว้แค่ หลังอาคารโภชนาการดำเนินการแล้ว)
4. นนทรี (ดำเนินการแล้ว)
5. หางนกยูง(ดำเนินการแล้ว)
6. ปาล์ม (ยังไม่ดำเนินการ)
7. สวนป่าrandom( คุณ ไทรย้อย มะเดื่อชุมพร จำปา จำปี พิกุล ไม้สน ฉัตร ชัยพฤกษ์)(ยังไม่ดำเนินการ)
8. SUTH1(แผนปี 63)
9. ไม้ใหญ่/ไม้ป่า (กาฬพฤกษ์)ยังไม่ดำเนินการ



10. ไม้ป่า+ ผลไม้(เดิมวางไว้ คือ ไม้สวนเช่น มะกอก มะเกลือ มะขาม กระท้อน มะม่วง แต่ต้องปรับเปลี่ยนเป็นไม้ป่าเช่น ยางนา) ยังไม่ดำเนินการ
11. สวนป่านานาพันธุ์(ยางนา ยางกาด เต็งรัง ไม้แดง ตะเคียน ไม้)ยังไม่ดำเนินการ
12. ทองกวาว (ปลูก มีย.63)
13. สวนสุขภาพ (ลงไม้ใหญ่ยังไม่ดำเนินการ)

พื้นที่ ที่ดำเนินการแล้ว

## โชน 5 หางนกยูง

โซน 3 หลังโภชนาการ สวนครัวและไม้  
ผลกินได้

## โซน 4 นนทรี

## โซน 1 เสือ

โรงพยาบาลและสาธารณสุข หลังที่ 1  
 รัชชนิพนิต  
 โรงพยาบาล  
 ทางราชการแพทย์ หลังที่ 1  
 ทยัชนิพนิต หลังที่ 1  
 ภูบาล

กระทรวงการแพทย์ หลังที่ 9  
กระทรวงการแพทย์ หลังที่ 10  
กระทรวงการแพทย์ หลังที่ 11  
กระทรวงการแพทย์ หลังที่ 12  
ศาสตรสุภาพ หลังที่ 1  
ยาศาสตรสุภาพ หลังที่ 1  
ยาศาสตรสุภาพ หลังที่ 2  
กรมวิทย์ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
เฮลธ์  
ศาสตรสุภาพ หลังที่ 2





เช็ค จำนวน

---

ประชากร “ ต้นไม้ ”





ภาพถ่ายทางอากาศ UPDATE ประมาณเดือนมีนาคม2564

## 1. ต้นนนทรี



จำนวนต้น

461

ต้น

รอด

ไม่รอด

206

ต้น

11

ต้น

## 2. ต้นเสลา



จำนวนต้น

263

ต้น

รอด

ไม่รอด

201

ต้น

83

ต้น

## 3. ต้นเหลืองชัยราช



จำนวนต้น

500

ต้น

รอด

ไม่รอด

184

ต้น

262

ต้น

## 4. ต้นสารภ



จำนวนต้น

461

ต้น

รอด

ไม่รอด

338

ต้น

16

ต้น

## 5. ต้นปีบทอง



จำนวนตัวต้น

—

ต้น

รอด

ไม่รอด

27

—

ต้น

ต้น

## 6. ต้นทองกวาว



จำนวนตัวต้น

—

ต้น

รอด

ไม่รอด

25

—

ต้น

ต้น

## 7. ต้นเต็ง



จำนวนตัวต้น

—

ต้น

รอด

ไม่รอด

11

3

ต้น

ต้น

## 8. ต้นเหลืองปรีดิยาร



จำนวนตัวต้น

—

ต้น

รอด

ไม่รอด

8

1

ต้น

ต้น



## 9. ต้นสะเดา



จำนวนต้วต้น

—

ต้น

รอด

3

ต้น

ไม่รอด

—

ต้น

## 10. ต้นมะขาม



จำนวนต้วต้น

—

ต้น

รอด

3

ต้น

ไม่รอด

—

ต้น

## 11. ต้นสัก



จำนวนต้วต้น

—

ต้น

รอด

2

ต้น

ไม่รอด

—

ต้น

## 12. ต้นหางนกยูง



จำนวนต้วต้น

150

ต้น

รอด

132

ต้น

ไม่รอด

5

ต้น

### 13.ຕັນຕັນເປີດ



ຈຳນວນຕົ້ງຕັນ

—

ຕັນ

ຮອດ

1

ຕັນ

ໄມ່ຮອດ

—

ຕັນ

### 14.ຕັນກະບກ



ຈຳນວນຕົ້ງຕັນ

—

ຕັນ

ຮອດ

1

ຕັນ

ໄມ່ຮອດ

1

ຕັນ

### 15.ຕັນມະມ່ວງ



ຈຳນວນຕົ້ງຕັນ

—

ຕັນ

ຮອດ

1

ຕັນ

ໄມ່ຮອດ

—

ຕັນ



“ ឋានៈ ”

ឋានៈ ២៥៦៤

.....



ต้นเลื่องชื่อยาว

อาการ “โคมา”

อาการ









**ชื่อวิทยาศาสตร์ :** *Tabebuia chrysotricha* (Mart. ex DC.) Standl.

**ชื่อเรียกอื่น :** Golden trumpet tree

**ชื่อวงศ์ :** BIGNONIACEAE

**ลักษณะ :** ไม้ต้นขนาดเล็ก สูง 3-6 เมตร ผลัดใบ ใบประกอบรูปนิ้วมือ เรียงตรงข้าม ใบย่อย 5 ใบ รูปรีแกมรูปไข่กลับ แผ่นใบสาก มีขนสีน้ำตาลปกคลุม โคนใบสอบ ปลายใบแหลมมน ขอบใบหยักห่างๆ ดอกออกเป็นช่อที่ปลายกิ่ง กลีบเลี้ยง 5 กลีบ เชื่อมติดกันเป็นหลอด มีขนสีน้ำตาลคลุม หนาแน่น กลีบดอก 5 กลีบ สีเหลือง เชื่อมติดกันเป็นหลอด รูปแตร ผลเป็นผลแห้งแตก สีน้ำตาล มีขนคลุมหนาแน่น เมล็ดแบน มีปีกจำนวนมาก

**การกระจายพันธุ์ :** ถิ่นกำเนิด อเมริกาเขตร้อน (บราซิล) การปลูกเลี้ยง ดินร่วน อากาศเย็น แสงแดดจัด น้ำปานกลาง ขยายพันธุ์ เพาะเมล็ด

**ช่วงเวลาการออกดอก :** มกราคม – เมษายน

**ประโยชน์ :** ปลูกเป็นไม้ประดับ

**การใช้ประโยชน์ด้านสมุนไพร : –**

ดินร่วน ..?

อากาศเย็น ..?

● แสงแดดจัด

น้ำปานกลาง ..?

# ຕັບເສລາ



**ວັຊພິຊ ... ເຈຣີດູງອກກາມ**





“ ต้นนนทรี ”

คือ “ ความหวัง ” ของเรา





แผนการปลูก **ต้นไม้**  
ประจำปี **2564**

... จะปลูกต่อ ...

แล้วให้เทวดาช่วยเลี้ยง

หรือ

บำรุงรักษาต้นเดิม

หรือ

“ควบคู่” กันไป





ควร  
ปลูกต่อ  
ในพื้นที่  
ที่สามารถ  
“ดูแล”  
ได้ทั่วถึง



1.



## โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์ หน้าอาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย (รวมวงเวียนน้ำพุ)

- จัด **สวนหิน** ด้านหน้าอาคารทั้ง 2 ฝั่งใช้ไม้พุ่มเตี้ย , ตกแต่งหินกรวดแม่น้ำ
- ปลูกลำไยพุ่มเตี้ย - ไม้พุ่มกลาง ล้อมรอบวงเวียนน้ำพุ



บริเวณน้ำพุ



สวนหย่อมด้านซ้าย



สวนหย่อมด้านขวา



“ สวนหิน ”







“สวนไม้พุ่มรอบน้ำพุ”





# โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์ ทางเดินข้าง COVER WAY (3 แยกอาคารกันตกรรม ถึง อาคารความเป็นเลิศ)

- จัดไม้พุ่ม บริเวณที่ว่างข้างทางเดิน ทั้ง 2 ฝั่งใช้ไม้พุ่มเตี้ย



ยี่โถแคะ



น้ออน



คริสต์น้า





ส่วนที่ **สวยงาม**

มาพร้อมกับ

**ราคา** ที่ต้องจ่าย



**ขอขอบคุณ**

**อาจารย์ ดร.เอกรงค์ สุขจิต**  
ต้นทางขอภารกิจ จัดทำแผนการปลูกต้นไม้ ประจำปี 2564

**คุณวัชรินทร์ สิงห์ทะนะ**  
ที่ปรึกษาระหว่างดำเนินการ

**คุณคณาวรรณ บุญนารัตน์**  
สำหรับข้อมูลขอฝังต้นไม้ปี 2563

**คุณยศพล ใบเหลือง**  
**คุณนนกพัทธ์ พลาทิพย์**  
สำหรับการร่วมภารกิจ นับจำนวนประชากรต้นไม้ภายใน รพ.