

ภาคผนวก ค

ระเบียบปฏิบัติงาน หน่วยงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี




ภาคผนวก ค-1

การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล การจัดการน้ำเสีย



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๑
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑ จาก ๒๗


การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
(นางสาวสุวิมล ฤทธิศักดิ์)
วิศวกรสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ

(อาจารย์ ดร.วิรัชพงษ์ สุวรรณโณ)
ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
ผู้ตรวจสอบ


(แพทย์หญิงเพ็ญพิชชา วัฒนศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้อนุมัติ

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒ จาก ๒๗

ประวัติการแก้ไข


แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า
๑	๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	๑. วัตถุประสงค์ ๒. คำจำกัดความ - สารเคมีอันตราย ๓. หน้าที่ความรับผิดชอบ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๔. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน ๕. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน - รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ๖. ระบบติดตามประเมินผล - การติดตามการรับรองคุณภาพของหน่วยงานเอกชน ที่กำจัดมูลฝอยทุกประเภท ๗. แบบฟอร์มที่ใช้ - ฟอร์มบันทึกการข้อมูลมูลฝอย - ฟอร์มการให้ข้อมูลขยะประเภทสารเคมีก่อนทิ้ง	



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๓ จาก ๒๗

สารบัญ

	หน้า
๑. วัตถุประสงค์	๔
๒. ขอบเขต	๔
๓. คำจำกัดความ	๔ - ๕
๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ	๕
๕. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน	๖
๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
๖.๑ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยทั่วไป	๗
๖.๒ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ	๗ - ๙
๖.๓ ขั้นตอนการปฏิบัติงานมูลฝอยอันตราย	๙ - ๑๕
๖.๔ ขั้นตอนการปฏิบัติงานวัสดุ	๑๕
๖.๕ แผนการรวบรวมมูลในโรงพยาบาล	๑๖
๖.๖ เส้นทางเคลื่อนย้ายมูลฝอยในโรงพยาบาล	๑๖ - ๒๐
๗. ระบบติดตามประเมินผล	๒๑ - ๒๒
๘. เอกสารอ้างอิง	๒๒
๙. แบบฟอร์มที่ใช้	
๙.๑ แบบฟอร์มการตรวจประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล	๒๓ - ๒๕
๙.๒ แบบฟอร์มบันทึกปริมาณมูลฝอยประเภทวัสดุ	๒๖
๙.๓ แบบฟอร์มเอกสารติดป้ายกำกับขยะอันตรายทุกชนิด	๒๖
๑๐. ปีกุญ/ ความเสีย/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญห	๒๗

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๔ จาก ๒๗

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และการกำจัดมูลฝอยภายในโรงพยาบาล
- ๑.๒ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมจากการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาล

๒. ขอบเขต

ใช้สำหรับบุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยวิธีปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาลนี้ ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และขั้นตอนการรวบรวมเพื่อรอส่งกำจัดภายนอกโรงพยาบาล

๓. คำจำกัดความ

๓.๑ **มูลฝอยทั่วไป** หมายถึง มูลฝอยที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และประชาชนผู้มารับบริการ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับมูลฝอยจากแหล่งพักอาศัยและไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต สารคัดหลั่ง เพื่อโรคและสารเคมี ได้แก่ กระดาษ พลาสติก เศษอาหาร แก้ว โลหะ เป็นต้น

๓.๒ **มูลฝอยติดเชื้อ** หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือใช้ในการกระบวนการตรวจ วินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้อาหารกับคนไข้และการทำความสะอาดเกี่ยวกับโรค และการตรวจ ชิ้นสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

๑) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์ ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรศพ

๒) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบองมีด เข็ม หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้วใส เป็นต้น

๓) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารคัดหลั่งจากร่างกายของมนุษย์ หรือวัตถุซึ่งมีสิ่งเคี้ยวหรือจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สาลี่ ผ้าก๊อซ ผ้าผ้า ฝ้าย และใยสังเคราะห์

๔) มูลฝอยพิษจากสัตว์หรือจากพืชที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น

๓.๓ **มูลฝอยอันตราย** หมายถึง มูลฝอยที่เป็นพิษ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น ๔ ประเภท ดังนี้


๑) มูลฝอยอันตรายประเภทที่หมักคั่ว เลื่อนคุณภาพ มีการปนเปื้อนหรือต้องการทั้ง

๒) มูลฝอยอันตรายประเภทสารเคมี ทั้งในสถานะของแข็ง ของเหลวและก๊าซ เช่น สารเคมีที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยโรคและการทดลอง สารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาดเครื่องมือ อาคารสถานที่

๓) มูลฝอยอันตรายประเภทปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการพลังงานปรมาณู เพื่อสันติ

๔) มูลฝอยอันตรายประเภทซากจากหลอดไฟ แบตเตอรี่ กระป๋องสเปรย์ เป็นต้น

๓.๔ **มูลฝอยใช้แล้ว** หมายถึง มูลฝอยที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีก หรือสามารถนำไปจำหน่ายได้ เช่น กระป๋องอะลูมิเนียม กระดาษ กล่องกระดาษ ขวดน้ำกลีที่มีกากแล้ว เป็นต้น

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๕ จาก ๒๗

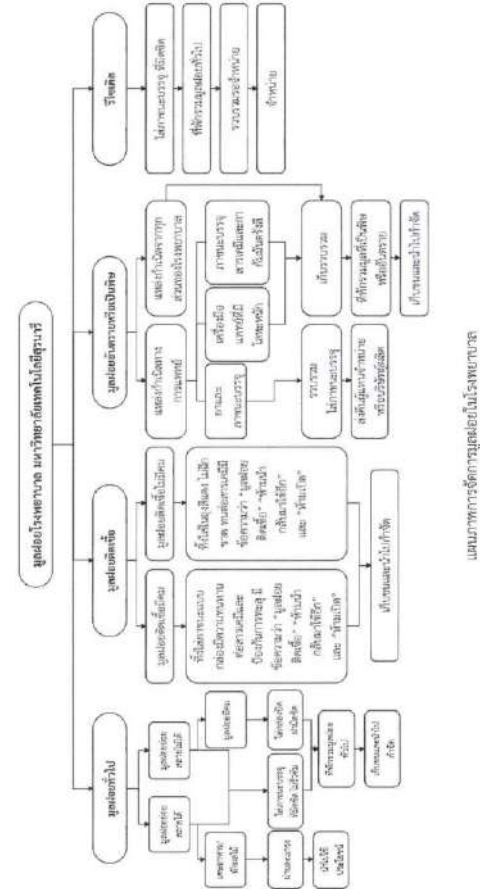
๓.๕ โรงพักขยะ หมายถึง สิ่งปลูกสร้างซึ่งโรงพยาบาลจัดสร้างขึ้น เพื่อให้เป็นสถานที่เก็บรวบรวมมูลฝอยทุกประเภท ระหว่างรอส่งกำจัดให้แก่บริษัทภายนอกต่อไป

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ


ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล	ต้องทำการทิ้งขยะให้ถูกประเภทตามประเภทของขยะอย่างเคร่งครัด	
๒	เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด(แม่บ้าน)	รวบรวม ขนย้ายขยะจากจุดทิ้งขยะในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	
๓	เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด/พนักงานคัดแยกขยะ(พ่อบ้าน)	รวบรวมขยะจากทุกอาคารในโรงพยาบาล ไปยังโรงพักขยะ จัดเก็บและบันทึกข้อมูลปริมาณขยะทุกประเภทตามแบบฟอร์มที่กำหนด ให้ถูกต้อง และปลอดภัยเพื่อรอส่งกำจัดภายนอกโรงพยาบาล	
๔	วิศวกรสิ่งแวดล้อม	ควบคุมดูแล และติดตามผลการปฏิบัติตามการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล ตรวจสอบความผิดปกติของการเกิดมูลฝอย เก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติมูลฝอยของโรงพยาบาล วิเคราะห์เพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด	
๕	พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ	ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทิ้งขยะในโรงพยาบาล	
๖	หัวหน้าแผนกช่างซ่อมบริการ	กำกับดูแล ติดตาม ตรวจสอบ และมอบหมายงานเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดและพนักงานคัดแยกขยะ	
๗	คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล	ออกนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ดูแลแผนการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล รับข้อมูล ด้านปัญหาพร้อมทั้งหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น	

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๑
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๖ จาก ๒๗

๕. ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Flow)




แผนภาพการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล.	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๗ จาก ๒๗


๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๑. มูลฝอยทั่วไป		
๑.๑	การคัดแยกมูลฝอยทั่วไป	การคัดแยกมูลฝอย แยกทิ้งในถังขยะที่มีถุงสีดาร์กบรอนด์ และมีฝาปิดมิดชิด ต้องคัดแยกจากมูลฝอยชนิดอื่น เช่น มูลฝอยอันตราย มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยรีไซเคิลที่จำหน่ายได้ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยที่ต้องส่งไปกำจัดให้ลดลง และต้องจัดภาชนะรองรับ ณ สถานที่ทิ้งอย่างเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย และมีการกำหนดที่ตั้งวางภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปที่ชัดเจน
๑.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยทั่วไป	เมื่อมีปริมาณขยะ ๒ ใน ๓ ส่วนของถังให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานผูกมัดปากถุงแล้วเขียนป้ายชื่อหน่วยงานติดปากถุงขยะให้เรียบร้อยแล้ว นำไปรวบรวมใส่ในถังขยะสำหรับเคลื่อนย้ายขยะทั่วไปของหน่วยงาน
๑.๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไป	ผู้ทำการเคลื่อนย้าย ต้องแต่งกายด้วยเสื้อคลุม สวมหมวกคลุมผม สวมผ้าปิดปากและจมูก สวมถุงมือยางหนาและใส่รองเท้าบู๊ท ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยขั้นตอนการเคลื่อนย้าย ให้ปฏิบัติดังนี้ ๑) ตรวจสอบดูถังขยะก่อนเคลื่อนย้ายว่าไม่รั่ว หากพบว่ารั่วให้ซ่อมถังขยะขึ้นหนึ่ง ๒) ผู้ผูกมัดปากถุงขยะให้เรียบร้อย ๓) ในการเคลื่อนย้ายถุงขยะต้องยกและวางถุงขยะอย่างระมัดระวังห้ามโยนถุงขยะขยะเคลื่อนย้ายเด็ดขาด ๔) ทำความสะอาดรถเข็นขยะทุกครั้งหลังการเคลื่อนย้ายเสร็จสิ้น เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้ถอดถุงมือและชุดปฏิบัติการณ์ออก ชักทำความสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ๕) ในการขนย้าย ต้องทำการขนย้ายตามเส้นทางเคลื่อนย้ายและช่วงเวลาที่กำหนดในแผนการจัดการมูลฝอย โดยมีการกำหนดเส้นทางที่แน่นอน
๑.๔	การกำจัดมูลฝอยทั่วไป	มูลฝอยทั่วไปให้ทิ้งลงในโรงพยาบาล รวบรวมและส่งไปกำจัดภายนอก
๒. มูลฝอยติดเชื้อ		
๒.๑	การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	ต้องทำการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อจากมูลฝอยชนิดอื่น ณ แหล่งกำเนิด โดยทำการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้ ๑) มูลฝอยที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ หอบ เป็นต้น ให้ห่อหุ้มเป็นของเหลวทิ้งในอ่างที่หน่วยงานกำหนดซึ่งมีห่อหุ้มใบใส่ในถุงพลาสติกสีแดง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๘ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๑. มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม		
๑.๑	การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม	การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด กระบองฉีด ยาชนิดที่เป็นแก้ว หลอดแก้ว ภาชนะอุปกรณ์ที่ทำด้วย แก้ว สไลด์ แผ่นกระจกบดสไลด์ ให้ทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดที่มีความแข็งแรงสามารถป้องกันการแทงทะลุจากของมีคมได้ เช่น แก้วพลาสติกที่แข็งแรงทนทาน - หากหรือชิ้นส่วนของเข็มหรือสั้วที่ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชิ้นสุรศร และการใช้สั้วรศร หลอดแก้ว ให้ใส่ในถุงพลาสติกให้เรียบร้อย แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลเพื่อนำไปเก็บรวบรวมไว้ในตู้เย็นเพื่อรอดำเนินการกำจัดต่อไป - วัสดุที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น สาลี่ ผ้าก๊อซ ซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย รวมทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือด เช่น น้ำเหลือง เม็ดเลือดต่าง ๆ และสลิคัลเลต ที่ได้จากเลือด เช่น บัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ น้ำลาย น้ำเหลือง เป็นต้น ให้ทิ้งในถังขยะที่มีถุงพลาสติกสีแดงรองรับ - รวบรวมใส่ในถังพลาสติกสีแดงแล้วปิดปากถุงให้เรียบร้อยแล้วรวบรวมใส่ในถังพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด จากนั้นให้พนักงานทำความสะอาดประจำพื้นที่นั้น ๆ นำไปทิ้งที่บ่อสำหรับทิ้งกร หรือบริเวณที่กำหนดให้ทิ้งกรในระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล ส่วนถุงแดงที่เก็บบรรจุให้ทิ้งลงในถังขยะติดเชื้อ - มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง ให้ทิ้งในถังขยะที่มีถุงพลาสติกสีแดงรองรับ
๑.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	ในการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ต้องมีปฏิบัติ ดังนี้ - มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม รวบรวมในกล่องมีการบรรจุไม่เต็ม โดยบรรจุประมาณ ๓ ใน ๔ ส่วนของภาชนะ (ถังสีเหลือง) เพื่อเหลือที่ไว้ปิดฝาภาชนะและป้องกันการหกหล่น หรือแทงทะลุขณะปิดฝาภาชนะ เมื่อทำการปิดฝาแล้ว นำมารวบรวมใส่ในถังขยะสำหรับรอการเคลื่อนย้าย - ขยะติดเชื้อประเภทของมีคม เมื่อมีปริมาณขยะ ๒ ใน ๓ ส่วนของถังขยะสีแดง ให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานผูกมัดปากถุงและเขียนป้ายชื่อหน่วยงานติดปากถุงแล้วเขียนป้ายชื่อหน่วยงานเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อประเภทของมีคม

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แ
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	๖
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๒.๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	<p>ผู้ปฏิบัติงานการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การแต่งกายต้องสวมเสื้อคลุม หมวกคลุมผม ผ้าปิดปากและหน้ากากอนามัยอย่างหนาและรองเท้าบูทตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ขั้นตอนการเคลื่อนย้าย ให้ปฏิบัติตามนี้</p> <p>๑) ตรวจสอบดูขยะก่อนเคลื่อนย้ายว่าไม่มีการรั่วซึม หากพบว่าดูรั่วให้รองดูใหม่จนจึ้นกับอีกชั้นหนึ่ง</p> <p>๒) ผูกเชือกบริเวณคอถุงขยะ และติดป้ายชื่อของหน่วยงานให้เรียบร้อย</p> <p>๓) ยกและวางถุงขยะอย่างนุ่มนวลโดยจับตรงคอถุงห้ามอุ้งถุง ห้ามโยน</p> <p>๔) ระหว่างเคลื่อนย้ายไปยังโรงขยะห้ามแวะหรือพักที่ใด ๆ</p> <p>๕) ทำความสะอาดรถเข็นขยะทุกครั้งหลังการเคลื่อนย้าย</p> <p>๖) เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้ถอดถุงมือและชุดปฏิบัติงานออก แล้วนำไปซักทำความสะอาดและล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อด้วยวิธีการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพ ๖ ขั้นตอน</p> <p>๗) การจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อที่ตกหล่นระหว่างทางขยะเคลื่อนย้าย ให้ใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดด้วยถุงมืออย่างหนา ใส่ในถุงมูลฝอยติดเชื้ออีกใบ หากมูลฝอยติดกลืนเป็นของเหลวให้ซับด้วยกระดาษชำระหรือสวามูตซับ แล้วทิ้งลงถุงขยะติดเชื้อ จากนั้นทำการรวบรวมมูลฝอยตกหล่นด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% ก่อนเช็ดถูตามปกติ</p> <p>๘) รถเข็นห้ามแฉกเล็ด เนื่องจากทำความสะดวกสบายสำหรับทำความสะอาดหรือน้ำเล็ดร่นที่พื้นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ มีพื้นเรียบและหีบ ทำการปิดฝาถังมูลฝอยให้แน่นเพื่อป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไป และในรถเข็นต้องมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดหกหล่นประจำรถเข็นทุกคัน</p> <p>๙) รถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อต้องล้างและฉีดน้ำล้างถังมูลฝอยถังปิดมิดชิดและให้พนักงานทำความสะอาดประจำหน่วยงานเคลื่อนย้ายไปรวบรวมไว้จุดที่มูลฝอยติดเชื้อที่กำหนด โดยใช้เส้นทางและช่วงเวลาการเคลื่อนย้ายที่โรงพยาบาลกำหนด</p>
๒.๔	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	<p>๑) ขยะติดเชื้อและขยะอันตรายจากโรงพยาบาล ส่งกำจัดให้บริษัทเอกชนเป็นผู้กำจัด โดยการเผาในเตาเผาของรัฐบาลผู้รับจ้างที่ได้มาตรฐาน ภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p> <p>๒) เศษชิ้นเนื้อ อวัยวะของร่างกายมนุษย์ที่ได้ และเป็นผลมาจากกาผ่าตัด การตรวจชิ้นสุตศพ โรงพยาบาลจะเก็บรวบรวมไว้ในตู้เย็นให้ได้อุณหภูมิหนึ่งแล้วจะส่งไปเผาที่เตาเผาของมูลนิธิเอกชน</p> <p>๓) รก ของเหลว สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย อุจจาระ ปัสสาวะและสิ่งปฏิกูลต่างๆ จัดโดยเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย</p>

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๐ จาก ๒๗
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
๓.	มูลฝอยอันตราย	
๓.๑	การคัดแยกมูลฝอยอันตราย	<p>แต่ละหน่วยงานคัดแยกมูลฝอยอันตรายให้ปฏิบัติตามนี้</p> <p>๑) ขยะอันตราย ให้แยกทิ้งดังนี้ ขยะอันตรายประเภทยา ให้ทิ้งในถังขยะที่มีถูกพลาสติกหรือถุงรองรับ</p> <p>๒) ขยะอันตรายทั่วไป ให้หน่วยงานรวบรวมคัดจัดหรือบรรจุใส่ในกล่องกระดาษให้มิดชิดพร้อมในการขนย้ายต่อไป</p>
๓.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยอันตราย	<p>การเก็บรวบรวมมูลฝอยอันตราย แบ่งได้เป็น ๔ ประเภทคือ</p> <p>๑) ของเสียอันตรายประเภทยา ต้องเก็บรวบรวมเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๓.๒.๑) กลุ่มที่คืนโรงงานหรือบริษัทผลิตและจำหน่ายเพื่อนำไปกำจัด เช่น ยาเม็ดยาของเสียประเภทยาของบรรจุภัณฑ์สำหรับฟาสป เป็นต้น</p> <p>๓.๒.๒) กลุ่มของเสียที่ไม่สามารถส่งคืนโรงงานหรือบริษัทผลิตและจำหน่ายเพื่อนำไปกำจัดคือ</p> <p>๒) ของเสียอันตรายประเภทสารเคมี ควรเก็บรวบรวมของเสียสารเคมีบางกลุ่มแยกออกจากกัน เนื่องจากมีคุณสมบัติเข้ากันไม่ได้ การบำบัดและกำจัดต่างกัน</p> <p>๒.๑) การเก็บรวบรวมของเสียในตู้ดูดควัน เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานแล้วให้นำขวดที่ใช้บรรจุของเสียออกจากตู้ดูดควันเสมอ</p> <p>๒.๒) ของเสียประเภทกระป๋อง ต้องปรับค่าความเป็นกรด-ด่างให้เป็นกลาง แล้วบรรจุในขวดแก้วหรือขวดพลาสติกโพลีเอทิลีน ภาชนะบรรจุของเสียที่สามารถติดให้ติดฉลากไว้บนพื้น บริเวณหรือขึ้นในการจัดเก็บ ต้องมีความต้านทานต่อการระเบิด ห้ามเก็บภาชนะบรรจุของเสียไว้ใกล้ไฟหรือท่อระบายน้ำ</p> <p>๒.๓) การเก็บรวบรวมมูลฝอยหรือของเสียอันตรายประเภทกัมมันตรังสี ต้องปฏิบัติตามแนวทางจัดการมูลฝอยประเภทกัมมันตรังสีอย่างเคร่งครัด ซึ่งในการจัดการนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลหรือของหน่วยงานกำหนด มีแนวทางดังนี้</p> <p>(๑) หน่วยงานผู้ให้สารกัมมันตรังสี ต้องทำการคัดแยก เก็บรวบรวม จัดเตรียมส่งให้กับภาควิชากัมมันตรังสี (ชีวคาว) และจัดการกากกัมมันตรังสีที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตน ไปจนถึงการนำส่งกากกัมมันตรังสีไปยังศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี (๓๕) สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์ โดยกรอกข้อมูลกากใน “แบบขอรับบริการ จัดการกากกัมมันตรังสี” ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และยื่นแบบที่ ศก. ตามขั้นตอนที่กำหนด</p>


 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p>	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๓ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
		<p>(๒) หน่วยงานมีการวางแผนการปฏิบัติงานในทุกชั้นตอน เพื่อลดปริมาณกากกัมมันตรังสีที่เกิดขึ้นให้น้อยที่สุด</p> <p>(๓) หน่วยงานต้องควบคุมไม่ให้มีมูลฝอยประเภทอื่น ที่ไม่ใช่กากกัมมันตรังสีปะปนอยู่ในภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสี</p> <p>(๔) กากกัมมันตรังสีที่มีส่วนประกอบเป็นวัตถุอันตราย ได้แก่ วัตถุติดคร่อน วัตถุมีพิษและวัตถุที่ก่อให้เกิดโรค ต้องมีการแจ้งให้ศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสีสถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติทราบ</p> <p>(๕) เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทุกคน ต้องมีการตรวจสอบสภาพของภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีเป็นประจำ</p> <p>(๖) กากกัมมันตรังสีที่เป็นมูลฝอยติดเชื้อ ให้ทำการฆ่าเชื้อตามปกติ และนำส่งพร้อมมีเอกสารรับรองการผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อ</p> <p>(๗) ภาชนะที่บรรจุมูลฝอยต้องมีการติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่รวบรวมกาก น้ำหนัก/ปริมาตร ชนิด สารกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรล ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินท์แกนต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร ติดระบุในภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีทุกครั้ง</p> <p>(๘) กากกัมมันตรังสีที่เลิกใช้แล้ว ให้ปฏิบัติตามรายละเอียดในหัวข้อการจัดการกากกัมมันตรังสี กากของเหลวกัมมันตรังสี ให้เจ้าหน้าที่คัดแยกกากของเหลวออกเป็น ๓ ประเภท คือ</p> <p>(๘.๑) สารละลายน้ำ เช่น น้ำที่ปนเปื้อนปฏิบัติการรังสี</p> <p>(๘.๒) สารละลายอินทรีย์ เช่น สารละลายซิลิโคนแลนท์ น้ำมันก๊าด น้ำมันหล่อลื่น</p> <p>(๘.๓) ของเสียทางการแพทย์ เช่น ปัสสาวะ เลือด ซีรัม ผู้ใช้สารกัมมันตรังสีต้องบรรจุกากของเหลวดังกล่าว ในภาชนะแยกจากกัน โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้ แนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมกากกัมมันตรังสีที่เป็นของเหลว</p> <ul style="list-style-type: none"> - บรรจุกากของเหลวใส่ถุงพลาสติกชนิดโพลีเอทิลีนสีขาวในถังขนาด ๒๐ ลิตรและทำการปิดฝาถังให้แน่น(ฝาถังแบบเกลียว) พร้อมตรวจสอบความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของถังบรรจุกากโดยรอบ - บรรจุของเหลวในถังให้เต็มระดับที่ต่ำกว่าปากถังประมาณ ๓ นิ้ว - นำถังกากในถังพลาสติกชนิดโพลีเอทิลีนและปิดปากถังให้แน่น - ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่รวบรวมกาก น้ำหนัก/ปริมาตร ชนิด สารกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรล ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินท์แกนต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล</p>	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๒ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
		<p>พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร ติดระบุในภาชนะบรรจุกากกัมมันตรังสีทุกครั้งเพื่อเตรียมส่งกากตามวิธีหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีที่เป็นการอินทรีย์ต้องแยกเก็บภาชนะที่ทนต่อการกัดกร่อน และไม่มีสารละลายปะปนอยู่ - กรณีที่รังสีมีความรุนแรงสูงเกินกว่าจะขนส่งได้ ให้นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวที่หน่วยงานกำหนด จนกว่าจะถึงกำหนดนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี หมายเหตุ กรณีที่เป็นสารละลายที่ประกอบด้วยวัตถุอันตราย เช่น วัตถุไวไฟ วัตถุมีพิษ วัตถุติดคร่อนให้ <p>ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕</p> <p>๓) กากกัมมันตรังสีที่เป็นของแข็ง ให้หน่วยงานคัดแยกกากของแข็งออกเป็น ๓ ประเภท คือ</p> <p>(๓.๑) ประเภทเผาไหม้ได้ เช่น กระดาษ ผ้า ไม้ พลาสติกชนิดโพลีเอทิลีน</p> <p>(๓.๒) ประเภทเผาไหม้ไม่ได้/บดอัดได้ เช่น แก้ว โลหะ งูมมียาง พลาสติกมีสี เป็นต้น</p> <p>(๓.๓) ประเภทเผาไหม้ไม่ได้/บดอัดไม่ได้ เช่น ซินโครตรอนใหญ่ เข็มฉีดยา วัสดุกำบังรังสี ดิน ตะกอนดิน โดยหน่วยงานต้องบรรจุกากของแข็งดังกล่าว ในภาชนะแยกจากกัน</p> <p>๔) กากของแข็งชนิดพิเศษ ให้คัดแยกกากออกเป็น ๒ ชนิด คือ</p> <p>(๔.๑) เรซิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บรรจุกากเรซินในถุงพลาสติกโพลีเอทิลีนสีขาวขนาดความจุ ๒๐ ลิตร ปิดปากถุงให้แน่น พร้อมตรวจสอบความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของถุงบรรจุกากโดยรอบ - ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่เก็บรวบรวมกาก น้ำหนักและปริมาตรกาก ชนิด และกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อลิตร ปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินท์แกนต่อชั่วโมง และระดับความเปราะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร บนฉลากอย่างชัดเจนทุกถุงที่บรรจุ - นำถุงกากเรซินใส่ในถังพลาสติกทรงกระบอกความจุ ๕๐ ลิตรเส้นผ่านศูนย์กลาง ๔๐ เซนติเมตร สูง ๕๐ เซนติเมตร เป็นถังปากกว้าง มีฝาปิด สามารถทนสภาพกรดและด่าง - ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่เก็บรวบรวมกาก น้ำหนักและปริมาตรกาก ชนิดและกัมมันตรังสีหน่วยเป็นเบ็กเคอเรลต่อ

		
หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		
วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล		
รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓		แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕		หน้าที่ : ๑๓ จาก ๒๗
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		<p>ก็โลกรับปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินเกินที่ต่อชั่วโมง และระดับความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อตารางเซนติเมตร บนสิ่งกีดขวางทั้งเพื่อเครื่องส่งกากตามนัดหมาย</p> <p>- นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวจนกว่าจะนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (สอ.) ชุดกรองอากาศ</p> <p>- บรรจุชุดกรองอากาศในถุงพลาสติกใสชนิดโพลีเอทิลีนที่มีขนาดตามความเหมาะสมพร้อมตรวจสอบความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวด้านนอกของชุดกรองอากาศโดยรอบ นำชุดกรองอากาศใสในกล่องกระดาษที่แข็งแรงขนาดตามความเหมาะสม</p> <p>- ติดฉลากเครื่องหมายรังสี ระบุวันที่เก็บรวบรวม น้ำหนักและปริมาณกาก ชนิดและกัมมันตรังสี หน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อโลกรับปริมาณรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นมิลลิเรินเกินที่ต่อชั่วโมง และระดับความเปรอะเปื้อนทางรังสีที่พื้นผิวหน่วยเป็นเบคเคอเรลต่อตารางเซนติเมตรบนกล่องบรรจุทุกใบเพื่อเตรียมส่งกากตามนัดหมาย</p> <p>- นำไปเก็บรักษาไว้ ณ สถานที่เก็บกากกัมมันตรังสีชั่วคราวจนกว่าจะนำส่งศูนย์จัดการกากกัมมันตรังสี สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ (สอ.) ของเสียอันตรายประเภทกากของไฟ แบตเตอรี่ กระป๋องสเปรย์ ภาชนะบรรจุสารเคมีฉีกฉีก ฆ่าเชื้อ ฆ่าแมลง การเก็บรวบรวม ควรแยกชนิดเก็บรวบรวมและนำไปยังที่เก็บกักรวม โดยแต่ละชนิดมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>(๕.๑) เจ้าหน้าที่ต้องให้ทั้งหมดก่อนนำไปทิ้งในภาชนะบรรจุมูลฝอยอันตราย และไม่ควรทิ้งปะปนกับมูลฝอยทั่วไปหากเป็นของเสียอันตรายชนิดเดียวในขนาดเล็กให้เก็บรวบรวมในภาชนะที่ทนทาน ไม่รั่วซึมแล้วทำเครื่องหมายเพื่อป่งชี้ให้ชัดเจน</p> <p>(๕.๒) ห้ามทุบกระป๋องสเปรย์หรือหลอดไฟ และห้ามทุบแยกชิ้นส่วนแบตเตอรี่หรือแบตเตอรี่รถยนต์และด้านไฟฉาย ควรเก็บรวบรวมไว้ในภาชนะ ถุงหรือกล่องมัดหรือปิดปากถุง/กล่องให้มิดชิด</p> <p>(๕.๓) เมื่อเปลี่ยนหลอดไฟหลอดเรสเซนต์ ให้นำซากแก้วมาใส่ของบรรจุหลอดใหม่หรือหลอดฟลูออโรลูมินิสเซนส์รวมไว้ในถุงมูลฝอยสีเทาหรือภาชนะที่จัดเตรียมไว้ รมัตระหรือฆ่าเชื้อ โดยหลอดฟลูออเรสเซนต์ ขวดยา อ่างไฟฉาย กระป๋องสเปรย์ กระป๋องสารฆ่าแมลง ภาชนะบรรจุสารอันตรายต่าง ๆ ตามประกาศกรมควบคุมมลพิษ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้</p>

		
หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		
วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล		
รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓		แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕		หน้าที่ : ๑๔ จาก ๒๗
ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		<p>(๑) แจ้งแรง ทนทานตามมาตรฐานของสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมหรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า</p> <p>(๒) ก้นน้ำ ก้นแมลงวัน หนู แมว สุนัขและสัตว์อื่น ๆ ไม่ให้สัมผัสหรือดื่มน้ำ</p> <p>(๓) ชิ้นส่วนสามารถถอดประกอบได้ง่าย เพื่อความสะดวกในการถ่ายเทและล้างทำความสะอาด</p> <p>(๔) วัสดุทนการกัดกร่อนและไม่เป็นพิษ</p> <p>(๕) มีน้ำหนักเบาและขนาดพอเหมาะ เพื่อความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายและถ่ายเทขยะ</p> <p>(๖) ไม่เป็นพิษ หากกรณีใช้สารเคมีให้ปริมาณในระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค</p> <p>(๗) หากเป็นถุงหรือถังพลาสติก ควรสีจากพลาสติกชั้นแล้ว ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ โดยน้ำหนัก</p> <p>(๘) รูปแบบของถุงหรือถังรองรับของเสียอันตรายมีสีเทา</p> <p>(๙) การบรรจุมูลฝอยหรือของเสียอันตราย ที่เป็นสารเคมีและของเสียอันตรายปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี ควรบรรจุของเสียมี ๒ วิธี คือ</p> <p>๕.๓ Lab packs เป็นการบรรจุภาชนะขนาดเล็กในภาชนะขนาดใหญ่กว่า ต้องถูกนำมาบำบัดโดยการปรับเสถียรหรือทำลายฤทธิ์ก่อนที่นำไปกำจัดตามแนวทางที่เหมาะสม</p> <p>๕.๔ Commingling รวบรวมของเสียอันตรายหลายชนิดเข้าด้วยกันในภาชนะใหญ่เพื่อใช้ในภาชนะส่ง และนำไปกำจัด</p>
๓๓	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยอันตราย	<p>การคัดแยกมูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตรายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสามารถคัดแยกได้เป็น ๕ ประเภท ดังนี้</p> <p>๑) มูลฝอยอันตรายประเภทยาที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ ถูกปนเปื้อนถูกทิ้ง เนื่องจากไม่ต้องการใช้ ให้ทำการคัดแยกและเก็บในภาชนะ และติดฉลากชื่อประเภทมูลฝอยอันตราย</p> <p>๒) มูลฝอยอันตรายประเภทสารเคมี ทั้งในรูปของแข็ง ของเหลวและก๊าซ เช่น สารเคมีที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัยโรคและการทดลองสารเคมีที่ใช้ในการทำความสะดวกเครื่องมือ อาคารสถานที่ และกระบวนการการทำลายเชื้อโรค แยกเก็บในภาชนะเดิมและติดชื่อประเภทมูลฝอยอันตรายให้ชัดเจน</p>

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๕ จาก ๒๗


ลำดับ	กระบวนการ	แนวทางการปฏิบัติ
		๓) มูลฝอยอันตรายประเภทเป็นสารกัมมันตรังสี เป็นมูลฝอยอันตรายหรือของเสียอันตรายที่ต้องการวิธีการจัดการและกำจัดเฉพาะ มีการจัดการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ ทำการคัดแยกและเก็บในภาชนะเฉพาะ ๔) มูลฝอยอันตรายประเภทซากหลอดเลือด แพตเตอร์ กระบองสปริง เพื่อป้องกันการรั่วซึม ต้องคัดแยกและแยกบริเวณจัดเก็บในภาชนะและติดฉลากชื่อประเภทมูลฝอยอันตรายให้ชัดเจน
๓.๔	การกำจัดมูลฝอยอันตราย	โรงพยาบาลใช้บริการหน่วยงานในมหาวิทยาลัยการรับไปกำจัดโดยเอกชน โดยภายในมหาวิทยาลัยมีการจัดการรวบรวมจากทุกหน่วยงานเพื่อส่งกำจัดร่วมกัน
๔. มูลฝอยรีไซเคิล		
๔.๑	การคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิล	แยกทิ้งในภาชนะรองรับ เช่น ถังรองรับมูลฝอย(สีเขียว) ตะกร้า กล่องลังกระดาษ หรือภาชนะรองรับที่สามารถรองรับได้ ขึ้นกับหน่วยงานกำหนด
๔.๒	การเก็บรวบรวมมูลฝอยทั่วไป	๑. เมื่อรวบรวมได้เต็มภาชนะรองรับมูลฝอยดังกล่าว ให้แจ้งพนักงานทำความสะอาดในพื้นที่ให้ทำการรวบรวมไปยังห้องเก็บมูลฝอยรีไซเคิลที่โรงพักขยะของโรงพยาบาล ๒. เจ้าหน้าที่รวบรวมมูลฝอย(พ้อบ้าน) ทดการรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยดังกล่าวไปยังโรงพักขยะ จัดเก็บให้เรียบร้อยเป็นสัดส่วนเพื่อพร้อมต่อการคัดแยก ๓. เจ้าหน้าที่คัดแยกขยะของโรงพยาบาล นำมูลฝอยรีไซเคิลมาคัดแยกตามประเภทที่ได้มีการอบรมจากผู้ควบคุมงาน พร้อมทั้งทำการชั่งน้ำหนักทุกครั้งทำการคัดแล้วเสร็จในแต่ละวัน ๔. เมื่อทำการชั่งน้ำหนักแล้วให้นำมูลฝอยแยกเก็บให้ห้องที่เตรียมไว้รองรับก่อนนำไปจำหน่าย ๕. ก่อนถึงวันจำหน่ายเจ้าหน้าที่คัดแยกขยะ ต้องทำการตรวจสอบปริมาณขยะที่คัดแยกได้แต่ละประเภทของมูลฝอยรีไซเคิลก่อน นำส่งจำหน่ายให้แก่บริษัทเอกชนภายนอก ๖. ในขั้นตอนการจำหน่ายมูลฝอยรีไซเคิล ต้องมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ/ติดตาม จนถึงสุดท้ายกับขน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๖ จาก ๒๗

๖.๑ แผนการจัดเก็บขยะมูลฝอย


ตารางแสดงเวลาการเก็บขนมูลฝอย ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	จุดเก็บขนมูลฝอย	เวลาการเก็บขน (รอบ)				
		รอบ ๑	รอบ ๒	รอบ ๓	รอบ ๔	รอบ ๕
๑	อาคารรัตนวงษ์พัฒน์	๐๕.๐๐ น.	-	๑๕.๐๐ น.	๑๗.๐๐ น.	๑๙.๐๐ น.
๒	อาคารศูนย์ปฏิบัติการความเป็นเลิศทางการแพทย์	๐๕.๐๐ น.	-	๑๕.๐๐ น.	๑๗.๐๐ น.	๑๙.๐๐ น.
๓	อาคารสร้างเสริมสุขภาพ	๐๕.๐๐ น.	-	-	-	-
๔	อาคารศูนย์วิจัยวิจัย	-	-	-	-	-
๕	อาคารโรงอาหาร	-	๑๐.๐๐ น.	๑๕.๐๐ น.	-	-
๖	อาคารโภชนาการ	-	๑๐.๐๐ น.	๑๕.๐๐ น.	-	-
๗	หอพักนักศึกษาแพทย์	-	-	๑๕.๐๐ น.	-	-
๘	อาคารพลาสมา	-	๑๐.๐๐ น.	๑๕.๐๐ น.	-	-
๙	อาคารทันตกรรม	-	-	๑๕.๐๐ น.	-	-


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๗ จาก ๒๗

๖.๒ เส้นทางการขนส่งมูลฝอยในโรงพยาบาล




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๑	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๘ จาก ๒๗




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๑ จาก ๒๗




 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๐ จาก ๒๗



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้า : ๒๑ จาก ๒๗


๗. ระบบติดตามประเมินผล

ลำดับ	การตรวจสอบการเก็บข้อมูล	ผู้รับมอบหมาย/หน้าที่
๑	ผู้ปฏิบัติงานรวบรวม/เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ต้องได้รับการอบรมหลักสูตร "การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข"	ผู้ควบคุมงาน/วิศวกรสิ่งแวดล้อม/คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
๒	มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของภาชนะที่ใช้ทิ้งมูลฝอยทุกประเภท อยู่เป็นประจำทุกวัน	พนักงานทำความสะอาดทำการตรวจสอบเป็นประจำทุกวัน
๓	ห้องพักมูลฝอยทั่วไป ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตรายและมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาล	เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดที่รับผิดชอบ มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อย ความสะอาดและความปลอดภัย มีการตรวจสอบอย่างน้อย ๑ ครั้ง/วัน และทำความสะอาดทั้งบริเวณห้องพักขยะและรอบ ๆ อาคารอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
๔	ติดตาม/ตรวจสอบ ขั้นตอนการคัดแยก รวบรวม และขนย้ายของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ทำการติดตาม/ตรวจสอบ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/เดือน
๕	เก็บรวบรวมข้อมูล ปริมาณมูลฝอยทุกประเภททำการวิเคราะห์ และรายงานแก่คณะผู้บริหารโรงพยาบาล	วิศวกรสิ่งแวดล้อม/แผนกจ้างเหมาบริการ
๖	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของวิซิทเอกซันที่รับกำจัดมูลฝอยทั่วไปของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของวิซิทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๗	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของวิซิทเอกซันที่รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของวิซิทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๘	ติดตาม/ตรวจสอบการทำงานของวิซิทเอกซันที่รับกำจัดมูลฝอยอันตรายของโรงพยาบาล และทำการรวบรวมใบขออนุญาตของวิซิทดังกล่าวเป็นประจำทุกปี	แผนกจ้างเหมาบริการ/วิศวกรสิ่งแวดล้อม เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกปี
๙	จัดทำรายงาน และรายงานผลการติดตามการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล เชิงคุณภาพ และปริมาณ แก่คณะอนุกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมฯ ทราบ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยต่อไป	วิศวกรสิ่งแวดล้อม

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้า : ๒๒ จาก ๒๗

๘. เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๓. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๖. คู่มือ การจัดการมูลฝอยทั่วไป. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๗. คู่มือ มาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. กรมอนามัย.
 คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. (นบป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
 คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). (นบป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
 แนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์เป็นสารเคมี. (นบป.) สำนักงานสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
 สำนักงานสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๖. เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
 ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข, ๒๕๕๗. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๓ จาก ๒๗

๑๐. แบบฟอร์มที่ใช้

๑๐.๑ แบบฟอร์มการตรวจประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล

สำรวจครั้งที่ _____

แบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล _____

ประเภท ☐ 1. รพ. ☐ 2. รพช. ☐ 3. รพช. ☐ 4. รพ. สังกัดในสถานพยาบาลรวมศูนย์


มีอยู่กี่เตียง _____ เตียง _____ เตียง _____ เตียง _____ เตียง

จำนวนเตียง _____ เตียง _____ เตียง _____ เตียง _____ เตียง


คำชี้แจง

1. ผลการประเมินใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายในโรงพยาบาล และเผยแพร่ต่อสังคม
 2. ผลการประเมินใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ


ข้อที่	รายละเอียดข้อประเมิน	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
1	บุคลากร		
1.1	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดทางวิชาการและวิชาชีพ เพื่อดำเนินการปฏิบัติงานและควบคุม กำกับ และจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ		
1.2	ผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตร การป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อโรคติดต่อจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข		
2	การคัดแยกมูลฝอย		
2.1	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ เช่น มูลผู้ป่วยปกติ		
2.2	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุคม และวัสดุไม่คม		
3	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
3.1	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถัง ที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการทะลุทะลวง ทนต่อการกดทับ มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้		
3.2	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่คม มีลักษณะเป็นถุงพลาสติก ที่ทนแรงดัน ทนต่อการฉีกขาด ทนต่อการกัดกร่อน และไม่มีการรั่วไหลของของเหลวภายในได้		

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๔ จาก ๒๗

ข้อที่	รายละเอียดข้อประเมิน	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
3.3	มีเครื่องหมายและคำเตือนที่ชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายของภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
3.4	มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่คม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุที่ทนทาน		
3.5	มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของถุง		
3.6	ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงและกล่อง) ไม่บุบยุบหรือฉีกขาด มีการใช้ภาชนะที่รองรับน้ำหนักได้อย่างเหมาะสมในการนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ		
4	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		
4.1	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยาง หน้ากากอนามัย ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก ใช้อุปกรณ์ยกของอย่างเหมาะสมในการนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ		
4.2	ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ รถเข็นที่มีล้อมีล้อขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้า		
4.3	มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำ		
4.4	มีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อรถเข็นที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำ		
5	ลักษณะของภาชนะที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		
5.1	มีพื้นและผนัง ภายในภาชนะที่ทำความสะอาดได้ง่าย และมีการปิดมิดชิดป้องกันการรั่วไหลของของเหลว		
5.2	มีข้อความและคำเตือนว่า "วัตถุอันตรายติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น"		
5.3	มีอุปกรณ์ป้องกันสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
6	สถานที่ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ		
6.1	เป็นพื้นที่แห้ง สะอาด และมีการกักกันและป้องกันการแพร่กระจายของกลิ่น		
6.2	พื้นและผนังเรียบ ทนทานและสามารถทำความสะอาดและฆ่าเชื้อได้ง่าย		
6.3	มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายของกลิ่นโดยอย่างน้อย 2 วัน		
6.4	มีระบบป้องกันการปนเปื้อนของน้ำฝน น้ำทิ้ง และน้ำทิ้งจากอาคาร		
6.5	มีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นที่ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำ		

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๗ จาก ๒๗

๑๑. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑ จาก ๒๓

การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล


โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สุวิมล เกตุคำดี
(นางสาวสุวิมล เกตุคำดี)
วิศวกรสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ

(อาจารย์ ดร.นริศกมล สุวรรณโบล)
ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
ผู้ตรวจสอบ


(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ แฉอนาบุญสมบัติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้อนุมัติ



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒ จาก ๒๓


ประวัติการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	หน้า
๐๐	พฤศจิกายน ๒๕๖๕	ขึ้นทะเบียนใหม่	

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๓ จาก ๒๓

สารบัญ

	หน้า
๓. วัตถุประสงค์	๕
๔. ขอบเขต	๕ - ๕
๕. คำจำกัดความ	๕ - ๖
๖. หน้าที่ความรับผิดชอบ	๖ - ๗
๗. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน	๘
๘. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๘ - ๑๐
๙. ระบบติดตามประเมินผล	๑๐
๑๐. เอกสารอ้างอิง	๑๐ - ๑๑
๑๑. แบบฟอร์ม	
๑๑.๑ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันระบบบำบัดน้ำเสียอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๑๒
๑๑.๒ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันของระบบบำบัดน้ำเสียอาคารรัตนเวชพัฒน์	๑๓
๑๑.๓ แบบฟอร์มตารางบันทึกข้อมูลประจำวันของระบบบำบัดน้ำเสียอาคารพยาธิวิทยา	๑๔
๑๑.๔ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย	
๑๑.๔.๑ แบบ ทส. ๑	๑๖ - ๑๗
๑๑.๔.๒ แบบ ทส. ๒	๑๗ - ๒๐
๑๒. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญห	๒๐
๑๓. ภาคผนวก	๒๐ - ๒๓

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้า : ๔ จาก ๒๓	


๑. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการน้ำเสีย เพื่อใช้ในการบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย และรวมถึงการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้น

๒. ขอบเขต

ใช้สำหรับควบคุมดูแล การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในกลุ่มอาคารประเภท ก (อาคารขนาดใหญ่) ตามกฎหมายกำหนด ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เปิดให้บริการทั้งหมด ๙ อาคาร ได้แก่ กลุ่มอาคารรักษาผู้ป่วยจำนวน ๔ อาคาร กลุ่มอาคารสนับสนุน ๔ อาคาร และอาคารหอพัก ๑ อาคาร ซึ่งน้ำเสียทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากทุกอาคารในโรงพยาบาลจะรวบรวมผ่านระบบท่อส่งน้ำใต้ดินสู่ระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง ก่อนเข้าสู่กระบวนการบำบัดน้ำเสีย และกระบวนการผลิตน้ำใช้เชื้อเพลิงไป ระบบบำบัดน้ำเสียภายในโรงพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

ชื่ออาคาร	ระบบบำบัดน้ำเสีย	ขนาดถังคลอรีน	อื่น ๆ
๓. อาคารรัตนเวชพัฒน์	เดิมอากาศ	๔๐๐ ลิบ.ม.	ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๒. อาคารความเป็นเลิศทางการแพทย์	เดิมอากาศ	๔๐๐ ลิบ.ม.	ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๓. อาคารพยาธิวิทยา	เดิมอากาศ	๕๐ ลิบ.ม.	มีระบบน้ำ RO และท่อระบายน้ำเสียส่งไปยังอาคารบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๔. อาคารโภชนาการ	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๕. อาคารสิรินธรรัตนพัฒน์	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๖. อาคารศูนย์วิจัยวิจัย	-	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๗. หอพักสุรนารี ๑๗	-	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง
๘. อาคารสิรินธรรัตนพัฒน์	-	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้า : ๕ จาก ๒๓	

ชื่ออาคาร	ระบบบำบัดน้ำเสีย	ขนาดถังคลอรีน	อื่น ๆ
๙. อาคารโรงอาหาร	บ่อดักไขมัน	-	มีบ่อดักไขมัน ท่อรวบรวมไปยังระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง

๓. คำจำกัดความ

๓.๑. **น้ำเสีย** หมายถึง น้ำที่มีสิ่งเจือปนต่าง ๆ มีสี กลิ่น รส ที่น่ารังเกียจ ซึ่งหากมีการปล่อยลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติจะทำให้สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรมได้

๓.๒. **คุณภาพน้ำ** หมายถึง สารประกอบที่ปะปนอยู่ในน้ำ เช่น สารอินทรีย์ สารอนินทรีย์ สารโลหะหนัก สารที่มีคาร์บอนเป็นพิษ น้ำมัน ของแข็ง สารซักฟอก ชนิดและปริมาณของจุลินทรีย์ เป็นต้น

๓.๒.๑. **สารอินทรีย์** คือ สารที่สามารถย่อยสลายเองตามธรรมชาติ โดยส่วนใหญ่ประกอบด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เป็นต้น ซึ่งสามารถย่อยสลายได้โดยจุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจน ปริมาณของสารอินทรีย์ในน้ำวัดด้วยค่าบีโอดี (BOD : Biochemical Oxygen Demand) เมื่อค่าบีโอดีในน้ำเสียมีปริมาณสูงแสดงว่าสารอินทรีย์ปะปนอยู่มาก หากไม่มีการบำบัดจะส่งผลให้มักมีกลิ่นเหม็นและเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค รวมถึงเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคได้

๓.๒.๒. **สารอนินทรีย์** หมายถึง สารที่ไม่สามารถย่อยสลายเองตามธรรมชาติ และอาจเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต เช่น สารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นพิษ สารเคมีจำพวกกรด-เบส เป็นต้น ปริมาณของสารอนินทรีย์ในน้ำวัดด้วยค่าซีโอดี (COD : Chemical Oxygen Demand) เมื่อค่าซีโอดีในน้ำเสียสูงแสดงว่าสารอนินทรีย์ปะปนอยู่มาก หากไม่มีการบำบัดจะส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำสาธารณะโดยรอบได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สิ่งมีชีวิตได้รับผลกระทบ รวมถึงสิ่งมีชีวิตและมนุษย์ที่มีการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำนั้นได้รับผลกระทบด้วย


๓.๒.๓. **โลหะหนักและสารพิษ** หมายถึง ธาตุหรือสารประกอบที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต สามารถสะสมอยู่ในห่วงโซ่อาหารของสัตว์หรือพืชในบริเวณโดยรอบ เช่น บรอนซ์ โครเมียม ทองแดง และสารเคมีอันตรายที่อาจมีการปนเปื้อนมาจากกระบวนการวินิจฉัย การรักษาที่ใช้สารเคมี เป็นต้น

๓.๒.๔. **น้ำมันและไขมัน** หมายถึง น้ำมันและเศษวัสดุอินทรีย์ที่ไม่สามารถละลายน้ำได้ หากมีการปนเปื้อนมาในปริมาณสูง อาจส่งผลกระทบต่อแหล่งออกซิเจนจากอากาศสู่พื้นน้ำได้ และส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำเน่าเสียส่งกลิ่นเหม็นได้

๓.๒.๕. **ของแข็งทั้งหมด** หมายถึง สารที่อยู่ในรูปของแข็งและหากปนเปื้อนลงสู่พื้นน้ำ อาจทำให้เกิดการตกลงหรือมีออกซิเจนในน้ำได้ ปริมาณของแข็งที่มีจำนวนมากสามารถสะสมจนทำให้เกิดการอุดตันของระบบน้ำ/ท่อส่งน้ำในระบบบำบัดน้ำเสีย จนทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถใช้งานได้

๓.๒.๖. **สารซักฟอก** หมายถึง สารประเภทที่ก่อให้เกิดฟองหรือสารที่มีฤทธิ์เป็นเบส เช่น ผงซักฟอก สบู่ สารเคมีไฮดรอกไซด์ เป็นต้น ซึ่งฟองจะกีดกันการกระจายออกซิเจนในอากาศสู่พื้นน้ำ และเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ เช่น จุลินทรีย์ที่ใช้บำบัดน้ำเสีย เป็นต้น

๓.๒.๗. **จุลินทรีย์** หมายถึง จุลินทรีย์กลุ่มที่ใช้ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจน โดยในระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลใช้กลุ่มจุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจนในการดำรงชีวิต ทำให้ระดับออกซิเจนที่ละลายน้ำมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบำบัดสูง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๖ จาก ๒๓	

๓.๒.๘ ราชอาณาจักร หมายถึง อาคารหรือสารประกอบ ที่จุลินทรีย์ให้เป็นอาหารในการเจริญเติบโต เช่น สารประกอบโปรตีน เกลือ และฟอสฟอรัส ต้องมีการควบคุมความเข้มข้นให้มีปริมาณที่เหมาะสม

๓.๒.๙ กลิ่นน้ำเสีย/น้ำทิ้ง หมายถึง กลิ่นไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการย่อยสลายของสารอินทรีย์แบบไม่ใช้ออกซิเจน


๓.๓ การบำบัดน้ำเสีย หมายถึง เป็นการใช้วิธีการทางธรรมชาติมาปรับปรุงคุณภาพน้ำ เพื่อลดค่าความสกปรกให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยก่อนระบายออกสู่แหล่งน้ำสาธารณะ โดยใช้วิธีการเร่งเวลาเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำเสียให้เร็วขึ้นกว่าชั้นกว่าวิธีการธรรมชาติบำบัด เช่น เพิ่มปริมาณออกซิเจนละลายน้ำโดยใช้เครื่องเติมอากาศในน้ำเสีย เพื่อให้เพิ่มอัตราการย่อยสลายของเสียของจุลินทรีย์ในน้ำเสีย และเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ สารเคมี สารตกตะกอนและสารฆ่าเชื้อโรค ซึ่งทางกายภาพจะใช้แรงเหวี่ยงเพื่อเร่งการตกตะกอนของแข็ง และของแข็งลอยในน้ำเสีย เป็นต้น

๓.๔ ระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลาง หมายถึง หน่วยบำบัดน้ำเสียที่รองรับน้ำเสียจากทุกอาคารและกิจกรรมทุกประเภทภายในพื้นที่โรงพยาบาล เป็นระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอ็กทีฟสไลด์จ์หรือระบบตะกอนเร่ง (AS : Activated Sludge) ใช้จุลินทรีย์ที่ใช้ออกซิเจนเพื่อลดความสกปรก ประกอบด้วย บ่อเติมอากาศแบบกวนผสมรูปรี บ่อเติมอากาศแบบเอสพีอาร์ บ่อฝัง และระบบผลิตน้ำรีไซเคิล

๓.๕ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอ็กทีฟสไลด์จ์ หมายถึง ระบบบำบัดแบบเติมอากาศ โดยทั่วไปจะประกอบด้วย ๒ ส่วนหลัก ๆ คือ บ่อเติมอากาศและถังตกตะกอน ส่วนบ่อเติมอากาศต้องเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ เพื่อเพิ่มอัตราการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสีย เมื่อผ่านการบำบัดแล้วจะไหลต่อไปยังถังตกตะกอนเพื่อแยกสไลด์จ์ออกจากน้ำใส สไลด์จ์ที่แยกตัวอยู่ที่ถังตกตะกอนส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับเข้าไปในบ่อเติมอากาศใหม่เพื่อรักษาความเข้มข้นของสไลด์จ์ในถังเติมอากาศให้ได้ตามความเหมาะสม และส่วนที่เป็นสไลด์จ์ส่วนเกินต้องนำไปกำจัดต่อไป น้ำใสส่วนหนึ่งจะเป็นน้ำทิ้งที่สามารถระบายออกสู่สิ่งแวดล้อมได้

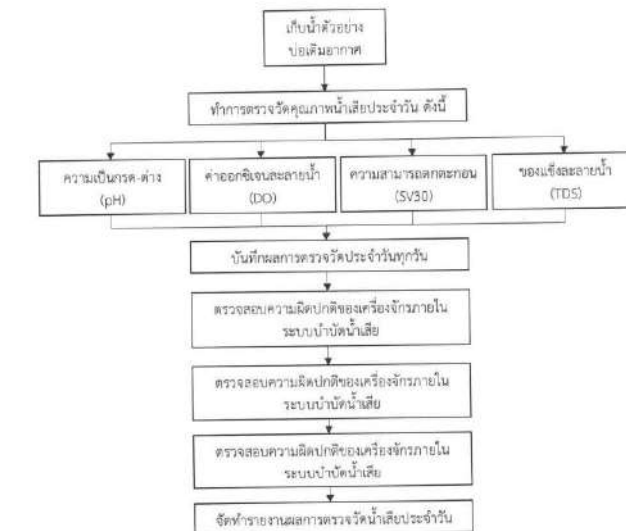
๔. หน้าที่รับผิดชอบ


ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่	ความถี่
วิศวกรสิ่งแวดล้อม	๑. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานระบบบำบัดน้ำเสียประจำวัน สำหรับอาคารที่มีหน่วยบำบัดประจำอาคาร ได้แก่ อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ อาคารรัตนเวชไพฑูริย์ อาคารพยาบาล ๒. จัดทำรายงานผลการบันทึกข้อมูลคุณภาพน้ำเสียประจำวัน ๓. ตรวจสอบผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียจากการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ๔. ส่งรายงาน พ.๑๐ / พ.๑๒ ผ่านทางระบบอินเตอร์	ทุกวัน ๑ ครั้ง / เดือน ๑ ครั้ง / เดือน ๑ ครั้ง / เดือน
วิศวกรสิ่งแวดล้อม	๕. จัดทำรายงานประสิทธิภาพการบำบัดของระบบบำบัดน้ำเสียภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อรายงานแก่คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล ฯ	๑ ครั้ง / เดือน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๗ จาก ๒๓	

ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่	ความถี่
เจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุง	๑. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องจักรภายในระบบบำบัดน้ำเสีย ในกลุ่มอาคารที่มีหน่วยบำบัดประจำอาคาร ได้แก่ อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ อาคารรัตนเวชไพฑูริย์ อาคารพยาบาลวิทยา ๒. รายงานความผิดปกติของระบบที่เกิดขึ้น ให้หัวหน้าซ่อมบำรุงรับทราบเพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไข ๓. ทำความสะอาดตะกอนตกค้างของระบบบำบัดน้ำเสียประจำอาคาร ๔. ตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียประจำวัน	ทุกวัน - ๒ ครั้ง / เดือน ทุกวัน

๕. ผังกระบวนการปฏิบัติงาน



 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล รหัสเอกสาร : WI-ENV-002 วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ แก้ไขครั้งที่ : ๐ หน้า : ๘ จาก ๒๓
--	---

๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

หน่วยการบำบัด	วิธีการปฏิบัติ	ความถี่
๑. ตะแกรง	เศษขยะต่าง ๆ ที่ติดหน้าตะแกรง โดยนำไปกำจัดต่อไป เจ้าหน้าที่ต้องระมัดระวังในการทาสีหรือพ่นสีให้เศษขยะ ไหลผ่านตะแกรง	๑ ครั้ง/สัปดาห์
๒. บ่อตกไขมัน	๑. ทำการตกไขมันออกจากบ่อตกไขมัน และนำไขมันไปกำจัด ที่บ่อคอกคอก เพื่อเตรียมนำไปกำจัด ๒. ทำการล้างถังตกไขมัน	๑ ครั้ง/เดือน ๒ ครั้ง/ปี
๓. บั๊มป์น้ำ บั๊มป์สับตะกอน ปั๊มทราย	ต้องมีการตรวจบำรุงรักษา โดยการตรวจสอบในพัด ทำความ สะอาด ตรวจสอบสปีดปั๊ม อุปกรณ์ที่อาจชำรุด และซ่อมบำรุง	๑ ครั้ง/ปี
๔. เครื่องกวนผสมขมิ้นคีย์ มอดเดอร์	๑. ตรวจสอบน้ำมันเชื้อเพลิง และเติมให้เต็มระดับ ๒. ทำความสะอาด และซ่อมบำรุงลิ้น หัวต่อไฟฟ้า	๔ ครั้ง/ปี ๑ ครั้ง/ปี
๕. เครื่องกวนผสมคลอรีน	ต้องมีการตรวจบำรุงรักษา โดยการตรวจสอบในพัด ทำความ สะอาด ตรวจสอบสปีดปั๊ม อุปกรณ์ที่อาจชำรุด และซ่อมบำรุง	๑ ครั้ง/ปี
๖. บ่อกักตะกอน	ทำความสะอาดภายในบ่อ บ่อกักตะกอน	๑ ครั้ง/ปี
๗. บ่อกักน้ำเสีย	ทำความสะอาดถังเพื่อกำจัดตะกอนที่ตกค้างภายในบ่อ	๑ ครั้ง/ปี


๖.๑ บ่อกักไขมัน

- ตรวจสอบท่อระบายน้ำ และท่อรวบรวมภายในระบบ สิ่งกีดขวางไขมันหรือตะกอนไขมันที่อาจหลุด
เข้าไปในระบบเป็นประจำวันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
- ในขั้นตอนการทำความสะอาดถังตกไขมันต้องระมัดระวังในการทาสีหรือพ่นสีให้เศษขยะ
ไหลผ่านตะแกรงเข้าไป ในการสูบน้ำหรือตกไขมันออกจากถังตกไขมันทำความสะอาดถังตกไขมัน ๑ ครั้ง/สัปดาห์
ภายหลังการปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้วทำการปิดถังตกไขมันก่อนนำไปกำจัดต่อไป

๖.๒ บ่อกักไขมัน

ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีดังนี้

- อุณหภูมิของน้ำเสียที่บ่อกักไขมันควรมีค่าในช่วง ๓๕ - ๔๐ องศาเซลเซียส
- ความเป็นกรด - ด่างของน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดอากาศควรอยู่ในช่วง ๕ - ๙
- ควบคุมให้มีปริมาณออกซิเจนละลายในน้ำ อยู่ในช่วง ๒ - ๓ มิลลิกรัม/ลิตร ซึ่งต้องวัดหลาย
ตำแหน่งในถังปฏิกรณ์
- ตรวจสอบการทำงานของเครื่องเติมอากาศอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง
- ตรวจสอบค่า SV_{๓๐} ให้อยู่ในช่วง ๓๕๐ - ๔๕๐ มิลลิกรัม/ลิตร
- ตรวจสอบ/ติดตาม เพื่อควบคุมปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียให้เป็นไปตามความสามารถ
ในการรองรับน้ำเสียของระบบที่ออกแบบไว้

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล รหัสเอกสาร : WI-ENV-002 วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ แก้ไขครั้งที่ : ๐ หน้า : ๘ จาก ๒๓
--	---

- ตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องเติมอากาศภายในบ่อกักไขมัน บั๊มป์น้ำเสีย ปริมาณ
น้ำเสียที่เข้าสู่บ่อกักไขมัน และสังเกตสีของน้ำที่เกิดขึ้นภายในบ่อกักไขมันเป็นประจำวัน
- ทำความสะอาดถังตกไขมันเพื่อเตรียมนำไปกำจัด

๖.๓ บ่อกักไขมัน

- อุณหภูมิของน้ำเสียที่บ่อกักไขมันควรมีค่าในช่วง ๓๕ - ๔๐ องศาเซลเซียส
- ความเป็นกรด - ด่างของน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดอากาศควรอยู่ในช่วง ๕ - ๙
- ๖.๔ บ่อกักน้ำทิ้ง
 - ตรวจสอบระดับน้ำที่อยู่ในบ่อกักน้ำทิ้งให้อยู่ระดับปกติ
 - ตรวจสอบสปีดของปั๊มที่สูบน้ำทิ้งในบ่อกักน้ำทิ้ง เพื่อสังเกตการหลุดลอยของตะกอนจากบ่อกักน้ำ
ทิ้ง
 - ตรวจวัดปริมาณคลอรีนคงเหลือก่อนปล่อยออกสู่ธรรมชาติไม่เกิน ๑ ppm

๖.๕ บ่อกักน้ำทิ้ง

- ควบคุมเวลาสัมผัส (Contact Time) ๓๕ - ๓๐ นาที
- ควบคุมอัตราไหลเฉลี่ย (Flow Average) ๓๐ นาที
- ควบคุมอัตราไหลสูงสุด (Peak Flow) ๕๕ นาที
- ปริมาณคลอรีนอิสระที่คงเหลือ (Free Chlorine) ๐.๕ ppm หนึ่งเวลาสัมผัส ๓๐ นาที
- ปริมาณคลอรีนคงเหลือก่อนปล่อยออกสู่ธรรมชาติไม่เกิน ๑ ppm

๗. ระบบติดตามประเมินผล

๗.๑ ตารางตรวจวัดคุณภาพและความถี่ในการตรวจวัดน้ำเสีย


พารามิเตอร์	หน่วย	ความถี่
พีเอช	-	ทุกวัน
บีโอดี	มก/ล.	ทุกเดือน
สารแขวนลอย	มก/ล.	ทุกเดือน
ไนโตรเจนในรูปแอมโมเนีย	มก/ล.	ทุกเดือน
ไนโตรเจนในรูปไนเตรต	มก/ล.	ทุกเดือน
คลอรีน	มก/ล.	ทุกเดือน
Total Coliform	MPN/๑๐๐ml	ทุกเดือน
Fecal Coliform	MPN/๑๐๐ml	ทุกเดือน

๗.๒ การรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงาน


- วิศวกรสิ่งแวดล้อมตรวจสอบระบบการทำงานของบ่อกักไขมันในทุกวันโดยปฏิบัติตาม
ทุกวัน และประจำเดือน จากนั้นรายงานผลการประเมินผลและการจัดการ
๒) วิศวกรสิ่งแวดล้อมจัดทำแผนบำรุงรักษาซึ่งป้องกันระบบบำบัดน้ำเสียประจำปี

บุคลากร สาธารณสุขไทยนิก้า, คงสำรวย ชัยวรโยธมีนิก้า, สุจิตรา กัญญาภิลาศาส์ และปจจิณี วรพงษ์ประยูร, (นบป.) คู่มือการจัดการน้ำเสียจากอาคารประเภทโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร
กรมชลประทาน, (๒๕๕๓). คู่มือการตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมอย่างง่าย ภาควิชาวิศวกรรมโลหการกรม
สนับสนุนบริการการสาธารณสุข (นบป.). เทคนิคการจัดการสิ่งแวดล้อมใน
โรงพยาบาลการระบอบบำบัดน้ำเสีย SBR (Sequencing Batch Reactor). (๒๕๕๓).

[illegible]


 <p>มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการนำเสียในโรงพยาบาล</p> <p>รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒</p> <p>วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕</p> <p>แก้ไขครั้งที่ : ๐</p> <p>หน้าที่ : ๑๓ จาก ๒๓</p>
---	---

[illegible]

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๔ จาก ๒๓

๔.๔ แบบฟอร์มรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

ตามที่ได้ออกกฎกระทรวง "กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และแบบการเก็บสถิติและข้อมูล การจัดทำบันทึก รายละเอียด และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. ๒๕๕๕" เพื่อให้เจ้าของหรือผู้ครอบครอง แหล่งกำเนิดมลพิษจัดเก็บสถิติ ข้อมูล และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๕ ซึ่งตามกฎหมายดังกล่าวกำหนดให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษต้องเก็บสถิติและข้อมูล ซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียในแต่ละวัน และจัดทำบันทึกรายละเอียดตามแบบ พส.๑ แบบไว้ ณ สถานที่ตั้งแหล่งกำเนิดมลพิษ เป็นระยะเวลา ๒ ปี และจะต้องจัดทำรายงานสรุปตามแบบ พส.๒ ส่งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป ซึ่งเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ(โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี) สามารถจัดส่งได้ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทางเว็บไซต์ www.ereportmatra.com หรือเว็บไซต์ของกรมควบคุมมลพิษ www.pcd.go.th โดยแบบฟอร์มดังกล่าว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

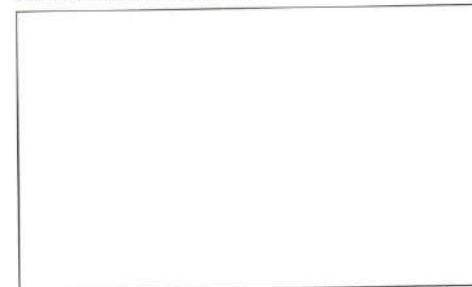
 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๑๕ จาก ๒๓

๔.๔.๑ แบบ พส.๑

แบบ พส. ๑

แบบบันทึกรายละเอียดสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษ

แหล่งกำเนิดมลพิษ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร
 มี เป็นเจ้าหรือผู้ครอบครองแห่งกำเนิดมลพิษ
 ประกอบกิจการประเภท
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) ออกให้โดย หมดอายุ
 ซึ่งมีแผนผังแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้




ได้เก็บสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียประจำวันตามตาราง ดังนี้



[illegible]

หมายเหตุ ๑. ให้ทำสถิติและข้อมูลเฉพาะบ้านป็นิติพลีและข้อมูลอื่นๆ ในแต่ละวัน
๒. ในการถือครองบ้านป็นิติพลีและข้อมูลเฉพาะตัวคนภายในบ้านป็นิติพลี
๓. ให้เสนอภาพรวมการพัฒนาบ้านป็นิติพลีและข้อมูลเฉพาะตัวคนภายในบ้านป็นิติพลี
๔. ให้ทำภาพสรุปและเสนอข้อมูลเฉพาะตัวคนภายในบ้านป็นิติพลีและข้อมูลเฉพาะตัวคนภายในบ้านป็นิติพลี

[illegible]

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	หน้า : ๑๘ จาก ๒๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	

๔.๔.๒๒ แบบ ทส.๒

แบบ ทส. ๒

รายงานสรุปผลการดำเนินงานระบบบำบัดน้ำเสีย

๑. ข้อมูลทั่วไป


แหล่งกำเนิดมลพิษ คือผู้ละทิ้ง หมู่ที่ ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร
 มี เป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 ประเภทกิจการประเภท
 ใบอนุญาตเลขที่ (ถ้ามี) ออกให้โดย หมดอายุ
 ในกรณี ขยายเขตการดำเนินการหรือการเปลี่ยนแปลงแหล่งกำเนิดมลพิษส่วนใดส่วนหนึ่ง
 เดือน พ.ศ. ตามที่ได้กำหนดในมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม
 และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ ในฐานะ
 เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ
 (.....)
 ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย
 (.....)
 ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ
 ออกให้โดย
 ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย
 (.....)
 ใบอนุญาตเลขที่ หมดอายุ
 ออกให้โดย

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย และแหล่งรับน้ำทิ้ง

(๑) ประเภท/ชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย ถม.ม./วัน
 ความสามารถในการรับน้ำเสียของระบบบำบัดน้ำเสีย
 (๒) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ☐ แบบต่อเนื่อง ☐ ชั่วคราว
☐ แบบไม่ต่อเนื่อง (ระบุ)
 (๓) อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ☐ เครื่องสูบน้ำ ☐ เครื่องเติมอากาศ
☐ เครื่องกรองน้ำเสีย ☐ เครื่องฆ่าเชื้อโรค
☐ เครื่องสูบลำโพง ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
 (๔) แหล่งรองรับน้ำทิ้ง (ระบุ)
 (๕) วิธีการตรวจสอบการดำเนินงานระบบบำบัดน้ำเสียและวิธีการกำจัด

๓. สรุปผลการดำเนินงานระบบบำบัดน้ำเสียเป็นรายเดือน

(๑) ปริมาณการใช้ไฟฟ้าของระบบบำบัดน้ำเสีย (หน่วย)
 (๒) ปริมาณน้ำทิ้งในถังกักเก็บของระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)
 (๓) ปริมาณน้ำทิ้งที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.)
 (๔) การระบายน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย
 (๕) ปริมาณสารเคมีหรือสารกัดกร่อนที่ใช้ (สัปดาห์หรือ ๑ เดือน)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล	แก้ไขครั้งที่ : ๐
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-๐๐๒	หน้า : ๑๙ จาก ๒๓
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	

(๖) การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย

- ระบบบำบัดน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบน้ำ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องเติมอากาศ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องกรองน้ำเสีย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องฆ่าเชื้อโรค ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - เครื่องสูบลำโพง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
 - อื่น ๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

(๗) ปริมาณตะกอนส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากระบบบำบัดน้ำเสียที่นำไปกำจัด (ลบ.ม.)

(๘) ปัญหา อุปกรณ์ และแนวทางแก้ไข

คำเตือน ๑. เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย หรือผู้รับจ้าง
 ให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดไม่ปฏิบัติตามข้อนี้ ข้อมูล หรือไม่ทำบันทึกหรือรายงาน
 ตามมาตรา ๘๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
 หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๘๐๖


๒. ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียหรือผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสียผู้ใดทำบันทึกหรือรายงาน
 โดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกิน
 ห้าหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๘๐๗

๓๐. ปัญหา/ ความเสี่ยง/ ข้อควรระวังสำคัญที่พบในการปฏิบัติงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา
 - ไม่มี -

๓๑. ภาคผนวก

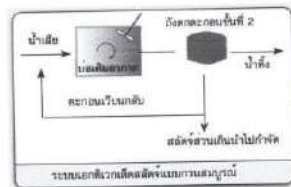
๓๑.๑ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์ (Activated Sludge Process)

ระบบบำบัดน้ำเสียแบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์ ๓ ระบบ ระบบแอกทีฟเต็ดสลัดจ์แบบธรรมดา ระบบคลอกรวนเวียนและ
 ระบบบำบัดน้ำเสียแบบเอสอาร์ โดยทั่วไปจะประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๒ ส่วน คือ ถังเติมอากาศ (Aeration Tank) และถังตกตะกอน (Sedimentation Tank) โดยน้ำเสียจะถูกส่งเข้าถังเติมอากาศ ซึ่งมีสลัดจ์อยู่เป็นจำนวนมาก
 สภาวะภายในถังเติมอากาศจะมีสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์แบบใช้อากาศ จุลินทรีย์เหล่านี้จะ
 ทำการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสียให้อยู่ในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำในที่สุด น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้ว
 จะไหลต่อไปยังถังตกตะกอนเพื่อแยกสลัดจ์ออกจากน้ำใส สลัดจ์ที่แยกตัวออกที่ก้นถังตกตะกอนส่วนหนึ่งจะถูกสูบกลับ
 เข้าไปในถังเติมอากาศใหม่เพื่อรักษาความเข้มข้นของสลัดจ์ในถังเติมอากาศให้ได้ตามที่กำหนด และอีกส่วนหนึ่งจะ
 เป็นสลัดจ์ส่วนเกิน (Excess Sludge) ที่ต้องนำไปกำจัดต่อไป สำหรับน้ำใสส่วนหนึ่งจะเป็นน้ำทิ้งที่สามารถระบายออกสู่
 สิ่งแวดล้อมได้

	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๑ จาก ๒๓	
	หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		

๑๑.๒ ระบบเอสแอกทีฟแบบผสม (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)

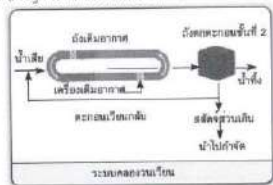
ประกอบด้วย ถังเติมอากาศ และถังตกตะกอน สามารถรับภาระบรรทุกสารอินทรีย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Shock Load) ได้ดีเนื่องจากน้ำเสียจะกระจายไปทั่วถัง และสภาพแวดล้อมต่างๆ ในถังเติมอากาศก็มีค่าสม่ำเสมอ บ่อเติมอากาศ หน้าที่เป็นถังเลี้ยงแบคทีเรียให้กินสารอินทรีย์ในน้ำเสียเป็นอาหารทำให้ความสกปรกตกลง ส่วนแบคทีเรียจะแบ่งเซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องแยกแบคทีเรียออกจากน้ำเสีย ในถังตกตะกอน ก่อนจะระบายน้ำเสียทิ้ง บ่อตกตะกอน ทำหน้าที่แยกตะกอนจุลินทรีย์ออกจากน้ำเสีย โดยตะกอนจุลินทรีย์จะรวมตัวกันแล้วตกลงก้นถัง ส่วนน้ำใสก็จะไหลขึ้น ออกไปสู่อุปกรณ์ปล่อยน้ำทิ้ง




ภาพประกอบ ระบบเอสแอกทีฟแบบผสม (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

๑๑.๓ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch: OD)

เป็นระบบแอคทีฟสไลด์จ์ (Activated Sludge) ประเภทหนึ่ง การเดินระบบบำบัดประเภทนี้จะมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากจำเป็นต้องมีการควบคุมสภาวะแวดล้อมและลักษณะทางกายภาพต่าง ๆ ให้เหมาะสมต่อการทำงานและการเพิ่มจำนวนของจุลินทรีย์ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพในการบำบัดสูงระบบคลองวนเวียนจะมีลักษณะแตกต่างจากระบบแอคทีฟสไลด์จ์แบบอื่น คือ ถังเติมอากาศจะมีลักษณะเป็นวงกลมหรือวงรี ทำให้ระบบคลองวนเวียนจึงใช้พื้นที่มากกว่าระบบแอคทีฟสไลด์จ์แบบอื่น โดยรูปแบบของถังเติมอากาศแบบวงกลมหรือวงรี ทำให้มีไหลวนเวียนตามแนวยาว (Plug Flow) ของถังเติมอากาศ

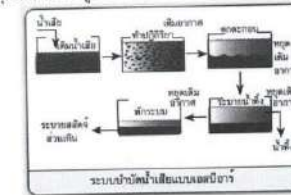


ภาพประกอบ ระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch: OD)
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๑ จาก ๒๓	
	หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		

๑๑.๔ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบสับบาร์ (Sequencing Batch Reactor: SBR)

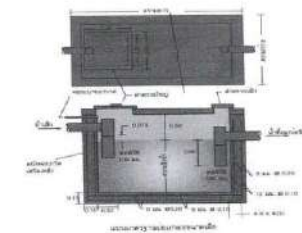
มีกระบวนการบำบัด เหมือน ระบบ AS อื่นๆ ระบบ SBR จะมีกระบวนการเติมอากาศและตกตะกอนในบ่อเดียวกัน และเกิดขึ้นแบบต่อเนื่องเป็นลำดับในถังปฏิริยาเดียวกันโดยทำงานแบบกะ (Batch) และจำเป็นต้องมีบ่อเก็บกักน้ำเสียขนาดใหญ่เพื่อควบคุมให้น้ำเสียเข้าสู่ระบบอย่างสม่ำเสมอ บ่อเติมอากาศ และตกตะกอน




ภาพประกอบ ระบบเอสแอกทีฟแบบผสม (Completely Mixed Activated Sludge: CMAS)
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

๑๑.๕ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบติดกับที่ (Onsite Treatment)

ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีการก่อสร้างหรือติดตั้งเพื่อบำบัดน้ำเสียจากอาคารเดี่ยว ๆ ประกอบด้วย บ่อดักไขมัน (Grease Trap) ระบบบ่อเกรอะ (Septic Tank) ระบบบ่อกรองไร้อากาศ (Anaerobic Filter) เป็นต้น



ภาพประกอบ ระบบบำบัดน้ำเสียแบบติดที่ (Onsite Treatment)
ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๒๕๖๑)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	วิธีปฏิบัติงาน : การจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาล		
	รหัสเอกสาร : WI-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0	
	วันที่บังคับใช้ : ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	หน้าที่ : ๒๒ จาก ๒๓	

๑๑.๒ เกณฑ์กำหนดสูงสุดตามประเภทมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้ง อาคารประเภท ก และ ข


เกณฑ์กำหนดสูงสุดตามประเภทมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้ง			
ดัชนีคุณภาพ	หน่วย	ก	
		(ขนาด ๑๐ เตียง ขึ้นไป)	(ขนาด ๑๐ - ๑๐๐ เตียง)
๑. ค่าความเป็นด่าง (pH)		๕-๙	๕-๙
๒. บีโอดี (BOD)	มก./ล.	๔๒๐	๕๑๐
๓. ปริมาณของแข็ง (Suspended Solids)	มก./ล.	๙๐๐	๙๖๐
ค่าของอนินทรีย์ (Settleable Solids)	มก./ล.	๕๐.๕	๙๐.๕
ค่าสารที่ละลายทั้งหมด (Total Dissolved Solid)	มก./ล.	๕๕๐๐*	๙๕๐๐*
๔. ซัลไฟด์ (Sulfide)	มก./ล.	๑.๐	๑.๐
๕. ไนโตรเจน ในรูป TN	มก./ล.	๑๓.๕	๑๓.๕
๖. น้ำมันและไขมัน (Fat, Oil and Grease)	มก./ล.	๕๐๐	๕๐๐
๗. โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Total Coliform Bacteria)	MPN/๑๐๐ml	๙,๕๐๐๐	๕๕,๐๐๐
๘. ฟิโคแบคทีเรียแบบคอลลี (Fecal Coliform Bacteria)	MPN/๑๐๐ml	๙,๐๐๐	๕๑,๐๐๐



ภาคผนวก ค-2


แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย



 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
- แผนตรวจสอบตรา	7-13
- แผนการฝึกอบรม	13
- แผนตรวจวัด	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 และควบคุมเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

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

2. ขอบเขต


แผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย (CODE F) ฉบับนี้ ใช้สำหรับ “พื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เท่านั้น โดยครอบคลุมถึงบุคลากร และบุคลากรภายนอก ซึ่งมีองค์ประกอบของแผนที่ต้องดำเนินการในภาวะการณ์ต่าง ๆ ดังนี้ ก่อนเกิดเหตุอัคคีภัย ขณะเกิดเหตุอัคคีภัย และหลังเกิดเหตุอัคคีภัย มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ก่อนเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนป้องกันอัคคีภัยต่าง ๆ 3 แผน คือ แผนการตรวจตรา แผนการอบรม และแผนการตรวจเช็คป้องกันอัคคีภัย
- 2.2 ขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วย แผนเกี่ยวกับการดับเพลิง และลดความเสี่ยง โดยประกอบด้วยแผนต่าง ๆ 2 แผน คือ แผนการดับเพลิง และแผนอพยพหนีไฟ
- 2.3 หลังเกิดเหตุเพลิงไหม้ จะประกอบด้วยแผนที่จะดำเนินการเมื่อเหตุเพลิงไหม้สงบลงแล้ว 1 แผน คือ แผนบรรเทาทุกข์ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องจากการเกิดเหตุเพลิงไหม้


3. คำจำกัดความ (Definition)

บุคลากรโรงพยาบาล	หมายถึง	พนักงานของโรงพยาบาลและพนักงานของมหาวิทยาลัยที่มาปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล
บุคลากรภายนอก	หมายถึง	ผู้มาปฏิบัติงาน หรือบุคลากรภายนอกที่มารับบริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พื้นที่เกิดเหตุ	หมายถึง	พื้นที่ที่เป็นจุดกำเนิดของการเกิดอัคคีภัย มีอันตรายสูงมาก ทั้งจากความร้อนและพิษ ผู้ที่อยู่ในบริเวณนี้จะต้องได้รับการอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัยทันที
พื้นที่อันตราย	หมายถึง	บริเวณพื้นที่หรืออาคารที่มีผู้อาศัยพักพิงรักษาตัวหรือใช้



 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/เอกสารสำคัญพื้นที่ที่มีการประกาศใช้แผนฉุกเฉิน
เสียงสัญญาณ	หมายถึง	สถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการบัญชาการและประสานงานกับทีมงานต่าง ๆ ทั้งทีมสนับสนุนภายในและภายนอก
จุดรวมพล	หมายถึง	เส้นทางสัญญาณแจ้งเหตุที่กำหนดไว้ เพื่อแจ้งให้ทราบทั่วกันว่าเหตุอันตรายที่เกิดขึ้นเป็นเหตุเข้าสู่สภาวะฉุกเฉินให้รีบอพยพไปยังจุดรวมพล
อพยพ	หมายถึง	พื้นที่ที่ปลอดภัยซึ่งกำหนดไว้สำหรับการรวมพลกรณีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะมีป้ายข้อความ "จุดรวมพล (Assembly point)" ติดตั้งไว้
ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน	หมายถึง	การย้ายจากพื้นที่เกิดเหตุฉุกเฉินไปยังพื้นที่ปลอดภัย (จุดรวมพล) อย่างเป็นระบบทั้งผู้ปฏิบัติงานและอุปกรณ์หรือยานพาหนะ ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าทีมอพยพ
รหัส Code F	หมายถึง	ทีมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเข้าระงับหรือบรรเทาเหตุการณ์ไม่ให้อุบัติการณ์ถึงขั้นรุนแรง
ระดับสถานะความ ปลอดภัย	หมายถึง	รหัสที่ใช้แจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัยโดยแบ่งระดับการแจ้งเหตุ ดังนี้ (1) รหัส Code F เหลือง หมายถึง เหตุการณ์เพลิงไหม้เพิ่งได้รับรายงานและกำลังอยู่ในขั้นตอนการดับไฟขั้นต้น ให้ประกาศเฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ โดยให้ประกาศซ้ำ 3 ครั้ง ติดต่อกัน เปลี่ยนย้ายผู้ป่วยออกจากจากชั้นที่เกิดเหตุและ เตรียมพร้อมอพยพสำหรับอาคารที่เกิดเหตุ (2) รหัส Code F แดง หมายถึง เพลิงไหม้รุนแรงยังไม่สามารถดับได้ ให้อพยพหนีไฟตามแผนที่ย่างไว้เฉพาะอาคารที่เกิดเหตุ (3) ระดับสีเขียว หมายถึง 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 - ผู้ป่วยหมดสติ (Coma) - ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ - ผู้ป่วย immediate post operation บางส่วน - เด็กแรกเกิดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) กลุ่มสีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสัญญาณชีพคงที่ แต่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น - ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวหรือบางส่วน Paralysis - ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด Post operation - ผู้ป่วย Immobilized - ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง Weakness - ผู้ป่วยเด็ก - เด็กแรกเกิด (3) กลุ่มสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้
-------------------	---------	--

4. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

- 4.1 คณะกรรมการฝ่ายบริหารและนโยบาย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย
- 3) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) มีหน้าที่ดังนี้
 1. กำหนดนโยบายเรื่องการป้องกันและระงับอัคคีภัย
 2. จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
 3. จัดทำงบประมาณดำเนินงาน
 4. จัดซื้อแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
 5. ประเมินผลการซ้อมแผน และปรับปรุงแก้ไข
 6. อำนวยการแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย
 7. ประสานงานต่างๆ
- 4.2 ฝ่ายปฏิบัติงาน 1. หัวหน้าจุดปฏิบัติงานทุกจุด/หัวหน้าเวร 2. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคน ทุกแผนก มีหน้าที่ดังนี้
 1. จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับจุดปฏิบัติงาน
 2. สำรวจและค้นหาความเสี่ยงในเรื่องอัคคีภัยในหน่วยงานที่รับผิดชอบ
 3. อำนวยการปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัย
 4. แก้ไขปัญหาอัคคีภัยขนาดเล็ก ในการ ผจญเพลิง - ช่วยเหลือในด้านความปลอดภัยของสถานที่ ช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้แก่ผู้รับบริการ และผู้ป่วย



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

5.แผนก่อนเกิดเหตุ

5.1 แผนการป้องกัน หมายถึง การจัดเตรียมระบบความปลอดภัยให้เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐาน ดังนี้

5.1.1 การออกแบบอาคารเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โรงพยาบาลมีการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา อาคาร-สถานที่/อุปกรณ์ประกอบอาคาร/สิ่งอำนวยความสะดวกคล้อยกับข้อกำหนดของกฎหมายและมาตรฐานของสมาคมวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังนี้

5.1.1.1 การกันและแบ่งพื้นที่อาคารเพื่อจำกัดผลกระทบจากการลามของไฟ (Subdivision of Building Space)

- ในแต่ละชั้นของอาคารรักษาพยาบาลจัดให้มีการกันแยกเพื่อแบ่งส่วนของอาคารเพื่อจำกัดการลามของไฟที่มี อัตราการทนไฟไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ไม้เป็นทางหนีไฟแนวราบเพื่อรองรับการอพยพ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในชั้น

5.1.1.2 การออกแบบปรับปรุงอาคาร เพื่อป้องกันไฟลามและควบคุมการแพร่กระจายของควันมีการ ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ปิดล้อมช่องเปิดต่าง ๆ ทั้งในแนวราบและแนวดิ่งด้วยวัสดุทนไฟลาม
- 2) ซึ่บพื้นที่อันตรายและประเมินความเสี่ยงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยจากการ 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 บริเวณหน้าหอพักสุรเวศ17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรเวศ17

5.1.2.3 จุดจอดรถดับเพลิง มีดังนี้

- ด้านหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศ
- ด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์

5.1.2.4 จุดจอดรถพยาบาล หน้าอาคารพยาธิ

5.1.2.5 เส้นทางจราจรในโรงพยาบาลเมื่อมีเหตุการณ์ (แนบในภาคผนวก

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

5.1.3 ระบบความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (จะต้องสอดคล้องกับระบบความปลอดภัยจัดตั้งของแต่ละอาคาร)

5.1.3.1 ระบบเส้นทางหนีไฟ ประกอบด้วย

- 1) ทางไปสู่ทางออกหนีไฟ (Exit Access)
- 2) ทางออกหนีไฟ (Exit)
- 3) ทางปล่อยออกสู่ภายนอกอาคาร (Exit Discharge) มีการดำเนินการ

เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้

- กำหนดเส้นทางอพยพหนีไฟ หรือทางออกฉุกเฉินและจัดทำแผนผังแสดงเส้นทางหนีไฟให้ผู้มารับบริการและพนักงานเห็นได้ชัดเจนทั้งในห้องพักรักษา และบริเวณหน้าลิฟต์แต่ละชั้นของทุกอาคาร
- ติดป้ายสัญลักษณ์บอกทางหนีไฟและป้ายทางออก ที่ประตูทางเข้า-ออกทุกประตู โดย กำหนดดังนี้


- ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางออก (Exit Sign) ติดตั้งที่ประตูทางเข้า-ออกแต่ละพื้นที่และประตูทางออกสุดท้ายโดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว
- ☐ ป้ายสัญลักษณ์ทางหนีไฟ/บันไดหนีไฟ (Fire Exit) ติดตั้งที่ประตูหนีไฟทุกประตู โดยใช้ป้ายพื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว

5.1.3.2 ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้เป็นชนิดที่ระบุตำแหน่งอุปกรณ์ (Semi Addressable) ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย

- อุปกรณ์ตรวจจับควันชนิดไม่ไว 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
- ลิฟต์ทุกตู้หยุดให้บริการและลงจอดที่ชั้น 1 และเปิดค้างไว้
- หยุดการทำงานของระบบปรับอากาศ
- สิ่งกีดขวางประตู Access Control ในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้
- สิ่งกีดขวางลิฟต์



 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
 - สามารถสูบน้ำดับเพลิงได้มาก ประมาณ 30 นาที
 - ระบบส่งน้ำดับเพลิง หรือระบบเครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Fire Pump)
 - ระบบท่อน้ำและสายฉีดน้ำดับเพลิง (Standpipe and Hose System)
 - ระบบหัวกระจายน้ำดับเพลิง (Auto Sprinkler System)
 - หัวรับน้ำดับเพลิง (FDC) จากระบบประปาของหน่วยงานราชการ ติดตั้งบริเวณหน้าอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และด้านหลังอาคารรัตนเวชพัฒน์
- 2) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยไฮดรเจน (IG-100) เป็นระบบดับเพลิงที่ใช้ฮีลลิดปริมาณออกซิเจนในบรรยากาศ เพื่อทำให้การลุกไหม้หยุดและสิ้นสุดลง สารดับเพลิงที่นำมาใช้ เป็นก๊าซเฉื่อย (ก๊าซไนโตรเจน 100%)
- 3) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Portable Fire Extinguisher) ถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในโรงพยาบาล มี 4 ชนิด ติดตั้งในแต่ละพื้นที่ตามความเสี่ยง และชนิดของเชื้อเพลิง ดังนี้

ตารางแสดงชนิดของถังดับเพลิงแบบมือถือที่ติดตั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ชนิดถังดับเพลิง	ลักษณะถัง	คุณสมบัติการดับไฟ	พื้นที่ติดตั้ง
 DRY CHEMICAL ผงเคมีแห้ง	ถังสีเขียว มีมาตรวัดแรงดัน	ABC	ภายนอกอาคาร
 CO2 จี โอ หู ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์	สายฉีดพ่น กระบอกกรวย ไม่มี มาตรวัดแรงดัน	BC	ภายในอาคาร

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

 MON CFC : นอน ซีเอฟซี	ถังสีเขียว มีมาตรวัดแรงดัน	ABC	ภายในอาคาร
 Foam : โฟม	ถังสีเขียว มีมาตรวัดแรงดัน	AB	ภายในอาคาร (ห้องเครื่อง)

5.2 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วย แผนการตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัยและแผนการตรวจสอบการทดสอบและการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ในวาระป้องกันและระงับอัคคีภัย

5.2.1 แผนการตรวจตรา ประกอบด้วย การตรวจตรา ดังนี้

1) การตรวจตราความเสี่ยงด้านอัคคีภัย

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

2) การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย


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

3) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง

4) การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักร ห้องควบคุมไฟฟ้าและพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา

5) การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน


6) การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดยคณะกรรมการความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

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

7) การตรวจหาความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ/ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)

8) การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้าง/ปรับปรุง


ลำดับ	เรื่องที่ตรวจตรา	ผู้รับผิดชอบ
1	การตรวจหาความเสี่ยงด้านอัคคีภัย 1.1 แหล่งเชื้อเพลิง / วัสดุอันตรายของเสียที่ติดไฟง่าย 1.2 แหล่งความร้อน 1.3 ก๊าซ สารเคมีติดไฟ / สารไวไฟ 1.4 ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้น 1.5 เส้นทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย หน่วยงาน
2	การตรวจตราอุปกรณ์ความปลอดภัยด้านอัคคีภัยในพื้นที่ 2.1 อุปกรณ์แจ้งเหตุและอุปกรณ์ตรวจจับอัตโนมัติ 2.2 หัวกระจายน้ำดับเพลิง 2.3 ตู้ดับเพลิงและสายฉีดน้ำ 2.4 ถังดับเพลิง 2.5 ไฟแสงสว่างฉุกเฉิน 2.6 ป้ายทางหนีไฟ	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ร่วมกับแผนกสาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม
3	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ส่วนกลาง	รปภ.และแผนก สาธารณูปโภคและ สิ่งแวดล้อม
4	การตรวจตราความปลอดภัยในพื้นที่ติดตั้งเครื่องจักร ห้องควบคุมไฟฟ้า และพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษา	แผนกสาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม
5	การตรวจตราความปลอดภัยตามแผนงาน โดย คณะกรรมการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม	คณะกรรมการ ความปลอดภัย
6	การตรวจตราความเสี่ยงในการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟ ความร้อนสูง ตามระบบการขออนุญาตทำงาน (Hot Work Permit)	แผนกสาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม
7	การตรวจตราและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอัคคีภัย เมื่อมีการก่อสร้าง/ปรับปรุง	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 มอบหมายให้ฝ่ายวิศวกรรมดูแลรับผิดชอบจัดทำแผนงานการตรวจสอบทดสอบและบำรุงรักษา เครื่องมือ-อุปกรณ์ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย ดังรายการต่อไปนี้

ชนิดการตรวจ	ความถี่การตรวจ	แบบฟอร์ม	ผู้ตรวจ
1) ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้			
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
2) ระบบดับเพลิงด้วยน้ำ			
- แหล่งเก็บน้ำสำรอง (Fire Storage Tank) - เครื่องสูบน้ำดับเพลิง (Engine Fire Pump) - เครื่องสูบน้ำรักษาแรงดัน (Jockey Pump) - ระบบท่อน้ำ (Main Riser Pipe) - สายฉีดน้ำดับเพลิง (Fire Hose Reel) - หัวรับน้ำดับเพลิง (Fire Department Connection) - หัวกระจายน้ำดับเพลิง (Sprinkler Head)	- ทุกสัปดาห์ - ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำ สัปดาห์/ เดือน/ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
3) ระบบดับเพลิงอัตโนมัติด้วยสารสะอาด			
- สารสะอาดด้วยก๊าซไนโตรเจน	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
4) ถังดับเพลิงแบบมือถือ (Fire Extinguisher)			
	- ทุกเดือน - ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ร่วมกับฝ่ายวิศวกรรม
5) ประตูหนีไฟและบันไดหนีไฟ (Fire Exit Door & Stairwell)			
	- 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) ระบบอัดอากาศบนโดรนไฟ (Pressurize Fan) , โม่งลิฟต์ดับเพลิง	ทุกเดือน ทุกปี	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม
9) แนวผนังกันควัน ประตูกั้นควัน และลิ้นกันควัน (Smoke Compartment)	- ทุกเดือน	แบบตรวจ ประจำเดือน/ ปี	ฝ่ายวิศวกรรม

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

5.3 แผนการอบรม โรงพยาบาลกำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล บริษัทคู่สัญญา ผู้รับเหมา ผู้เช่าพื้นที่ของโรงพยาบาลประกอบกิจการในเรื่องดังต่อไปนี้


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

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

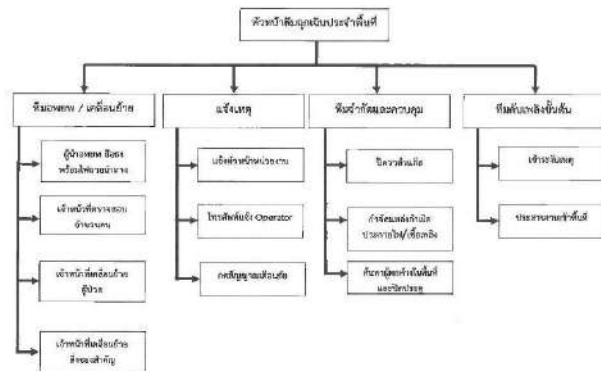
 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 14 จาก 38

6. แผนขณะเกิดเหตุเพลิงไหม้


6.1 แผนระงับอัคคีภัย เพื่อกำหนดบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานในกรณีที่เกิดเหตุเพลิงไหม้อย่างชัดเจน และกำหนดขั้นตอนการดับเพลิง ให้มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้เกิดความเสียหายจากเพลิงไหม้น้อยที่สุด แผนระงับอัคคีภัยแบ่งเป็น 2 แผนย่อย ได้แก่ แผนระงับอัคคีภัยขั้นต้น (Code F เหลือ4) และแผนระงับอัคคีภัยขั้นรุนแรง (Code Fแดง)

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-FNV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 15 จาก 38

โครงสร้างทีมระดับหน่วยงาน (ทีมระดับเหตุการณ์)




ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ทีมเคลื่อนย้ายและช่วยชีวิต	1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดที่ปลอดภัยในชั้นเกิดเหตุ 2. ตรวจสอบจำนวนและรายชื่อในหน่วยงานตามลงทะเบียน 3. นำทางผู้ป่วยไปยังจุดรวมพล 4. เคลื่อนย้ายทรัพย์สินสำคัญที่จำเป็นตามที่หน่วยงานระบุไว้
ทีมแจ้งเหตุ	1. แจ้งเพื่อนร่วมงานทราบและรายงานหัวหน้างาน 2. โทรแจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code F 3. กดหรือส่งสัญญาณเตือนภัยที่บริเวณใกล้เคียง
ทีมจำกัดและควบคุม	1. ปิดวาล์วแก๊ส (หากมี) 2. เคลื่อนย้ายแหล่งกำเนิดประกายไฟหรือวัสดุติดไฟบริเวณใกล้เคียง (หากทำได้) 3. ตรวจสอบจำนวนผู้ตกค้างภายในพื้นที่และปิดประตูจุดที่ตรวจสอบแล้ว
ทีมดับเพลิงขั้นต้น	1. ระงับเหตุเบื้องต้น 2. ประสานงานการช่วยเหลือของทีมฉุกเฉิน


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

หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานตามโครงสร้างโรงพยาบาล

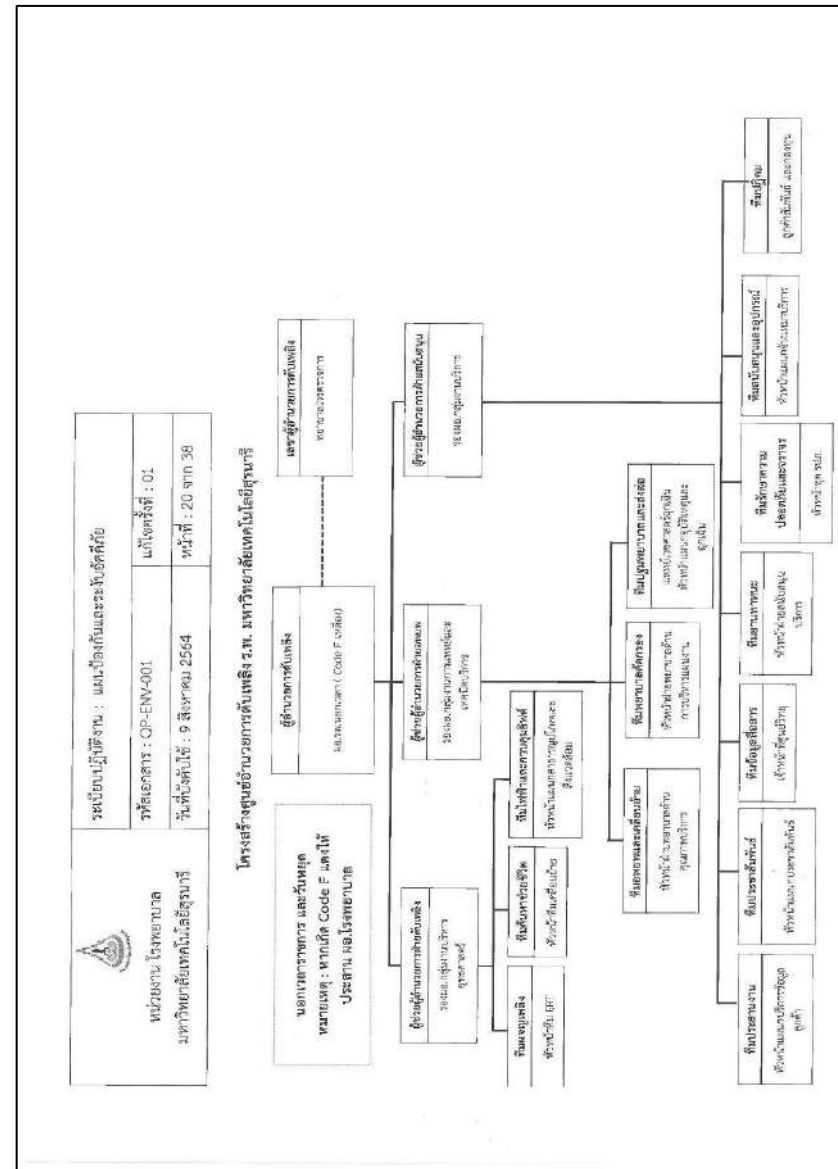
ผู้ปฏิบัติงาน	หน้าที่รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการระดับเพลิง	1. อนุมัติการ และสั่งการให้ใช้แผนปฏิบัติการควบคุมอัคคีภัย 2. มีอำนาจในการสั่งการและขอความร่วมมือบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานมาช่วยในการควบคุมอัคคีภัย 3. มีอำนาจในการสั่งการทุกฝ่ายให้หยุดหรือปฏิบัติการ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิง - ทีมแพทย์และ - ทีมเภสัชกร - ทีมพยาบาลและ - ทีมเภสัชกรอาวุโส	1. เมื่อเกิดเหตุให้ไปพื้นที่เกิดเหตุเพื่อรายงานสถานการณ์กับผู้อำนวยการแผน ในการบัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. กำกับดูแล สั่งการทีมฉุกเฉิน ทีมช่าง ทีมค้นหา ในการเข้าปฏิบัติการแบบฉุกเฉิน 3. เมื่อเหตุการณ์สงบเข้าสำรวจพื้นที่ ประเมินความเสียหายและผลกระทบ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ - ทีมแพทย์ - ทีมพยาบาล และ - ทีมพยาบาลศัลยกรรม	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมเคลื่อนย้ายและช่วยชีวิต และทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ ปฏิบัติตามหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน 3. หลังเหตุการณ์สงบ ประเมินสภาพความพร้อมของสถานที่ก่อนสั่งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับเข้าในอาคาร
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุน - ทีมประสานงาน - ทีมประชาสัมพันธ์ - ทีมข้อมูลสื่อสาร - ทีมงานพาหนะ - ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุไปประจำที่ศูนย์บัญชาการเหตุฉุกเฉิน 2. ประสานงาน และสั่งการให้ทีมปฏิบัติงานหน้าที่ในแผนฉุกเฉิน
ทีมฉุกเฉิน (CERT TEAM)	1. เมื่อเกิดเหตุเข้าระงับเหตุทันที และประเมินสถานการณ์ พร้อมรายงานสถานการณ์ให้ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิงทราบเป็นระยะ 2. ประสานงานกับทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์ เพื่อทำการตัดระบบไฟฟ้า 3. ประสานงานกับทีมค้นหาช่วยชีวิต เพื่อขอความช่วยเหลือกรณีผู้ได้รับบาดเจ็บ
ทีมค้นหาช่วยชีวิต	1. เมื่อเกิดเหตุรายงานตัวต่อผู้อำนวยการดับเพลิง และรับข้อมูลจากผู้ช่วย ผอ.ฝ่ายดับเพลิงเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 17 จาก 38

ทีมควบคุมไฟฟ้าและลิฟต์	2. ทำการค้นหาคู่มือติดตั้ง และนำคู่มือดังกล่าวมาจัดรวมแฟ้มและรายงานต่อผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายดับเพลิง 1. เมื่อเกิดเหตุประสานงานกับทีมผจญเพลิง เพื่อทำการตัดระบบไฟฟ้าทั้งอาคาร 2. ควบคุมลิฟต์ที่ใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง 3. ดับระบบแก๊สทั้งอาคาร
ทีมอพยพและเคลื่อนย้าย (แต่ละหน่วยงาน)	1. เมื่อเกิดเหตุ หัวหน้าทีมอพยพแต่ละแผนกเตรียมความพร้อมและสิ่งการอพยพหนีไฟและญาติทันที เมื่อได้รับสัญญาณเปลี่ยนเป็น Code F แดง 2. ประเมินคนไข้และจัดลำดับการเคลื่อนย้ายคนไข้สีแดง สีเหลือง สีเขียว อพยพไปยังจุดรวมพล
ทีมปฐมพยาบาลและส่งต่อ	1. เมื่อเกิดเหตุประเมินคนไข้สีแดง สีเหลือง สีเขียว ที่ย้ายมาจากแผนกต่างๆ ทำหัตถการ และประสานงานเพื่อ Refer ส่งต่อ 2. ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นคนไข้ที่บาดเจ็บจาก Code F
ทีมพยาบาลคัดกรอง	1. เมื่อเกิดเหตุทำการคัดกรองคนไข้ปกติ และคนไข้ที่เกิดจาก Code F เพื่อส่งต่อให้ทีมแพทย์ปฐมพยาบาล 2. ตรวจสอบยอดจำนวนคนไข้และรายงานต่อผอ.ดับเพลิง
ทีมประสานงาน (ศูนย์บริการข้อมูลลูกค้า)	1. เมื่อเกิดเหตุ ประกาศแจ้งเหตุให้พนักงานทราบโดยใช้ รหัส Code F พร้อมรายงานต่อเลขาผู้อำนวยการดับเพลิงทันที 2. ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกและภายในโรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ เพื่อขอความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อเปลี่ยนจาก Code F เหลือง เป็น Code F แดง 3. ประสานงานรับลงทะเบียนจากหน่วยงานภายนอกที่เข้าทำการช่วยเหลือในส่วนต่างๆ
ทีมประชาสัมพันธ์	1. เมื่อเกิดเหตุรายงานตัวต่อผู้อำนวยการดับเพลิง 2. รวบรวมข้อมูลข่าวสารของสถานการณ์การเกิดเหตุที่ถูกต้องและเตรียมประชาสัมพันธ์ให้สื่อมวลชนข่าวกับสื่อมวลชน
ทีมข้อมูลสื่อสาร (ศูนย์วิทยุ)	1. ประสานงานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ได้แก่ รถฉุกเฉินโรงพยาบาล ทีมช่างและวิศวกรรม ทีม ERT เพื่อแจ้งให้เข้าระงับเหตุทันที 2. ประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแจ้งขอความช่วยเหลือทางวิทยุสื่อสาร

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

	3. เป็นสื่อกลางติดต่อระหว่างหน่วยงานนอก และทีมประสานงาน ทางวิทยุสื่อสาร เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ถูกอันตราย
ทีมยานพาหนะ	1. ส่งคนไข้สีแดงไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ใกล้เคียง 2. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมยานพาหนะ เพื่อรับ-ส่งคนไข้ไปยังจุดปลอดภัย 3. อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายและจัดเตรียมสถานที่สำหรับจัดตั้งกองอำนาจการ
ทีมรักษาความปลอดภัยและจราจร	1. เมื่อเกิดเหตุทำการกั้นพื้นที่ ป้องกันบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในพื้นที่ 2. อำนวยความสะดวกให้กับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาระงับเหตุ และเข้าช่วยเหลือในจุดต่างๆ 3. จัดการจราจรภายในพื้นที่เกิดเหตุในโรงพยาบาลให้ปลอดภัย และสะดวกต่อการเข้าระงับเหตุ
ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์	1. เมื่อเกิดเหตุจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์สำหรับจัดตั้งกองอำนาจการ จุดปฐมพยาบาล และจุดคัดกรองคนไข้ 2. ประสานงานด้านอาหารและน้ำดื่ม พร้อมอุปกรณ์ปฐมพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในระหว่างการระงับเหตุ
ทีมเก็บกู้	1. วางแผนและดำเนินการต้อนรับ รับรองบุคลากรต่างๆ ที่มาร่วมการระงับเหตุ 2. จัดเตรียม จัดหา และประสานงานเพื่อเตรียมวัสดุ อุปกรณ์อาหาร เครื่องดื่มในการรับรองบุคลากรต่างๆ



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

ทีมอพยพ: ให้เคลื่อนย้ายผู้อพยพ / ผู้ป่วย / ผู้ป่วย / ผู้ป่วย / ผู้ป่วย


ผู้นำอพยพ :

- เมื่อได้รับเสียงประกาศ Code F เหลือง ขึ้นที่เก็บศพอพยพผู้ป่วยไปจุดปลอดภัยทันทีและ ขึ้นขึ้น ๆ เครื่องการอพยพ
- เมื่อได้รับเสียงประกาศ Code F แดง ให้อพยพทันที
 - ผู้ป่วยประเภทที่ 1 แสดง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ เจ้าหน้าที่อพยพเคลื่อนย้ายด้วย Ambulance และต้องผู้ป่วยไปที่ลิฟต์ฉุกเฉิน
 - ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เจ้าหน้าที่นำเคลื่อนย้ายโดยเปลสนาม ไปที่บันไดหนีไฟ
 - ผู้ป่วยประเภทที่ 3 สีเขียว ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเดินได้ เจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยญาติ ไปทางบันไดหนีไฟ

(หมายเหตุ ให้พยาบาลในพื้นที่พิจารณาผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงที่ติดธงการส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้เคียง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลไปยังจุดรวมพล)


ข้อปฏิบัติในการอพยพเคลื่อนย้าย

- ห้ามอพยพผู้ป่วยในทางลิฟต์โดยสารโดยเด็ดขาด ใช้อพยพได้เฉพาะลิฟต์ที่ดับเพลิงเท่านั้น
- ให้อพยพเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยและญาติไป ณ จุดรวมพล
- หน่วยช่วยชีวิต ตั้งจุดปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดรวมพล
- ห้องคลอด ผู้ป่วยกำลังคลอด ให้หัวหน้าตึก พยาบาลหัวหน้าเวรหรือแพทย์ประจำแผนกการเพื่อสังการ
 - 1 ผู้ป่วยคลอดและหลังคลอด เคลื่อนย้ายโดยเปลสนามเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ผู้ป่วยประเภทที่ 2 สีเหลือง)
 - 2 ทารกแรกเกิดปกติ ให้ใช้ผ้าห่อเด็กทุกราย (กรณีเด็กคนเดียวเคลื่อนย้ายโดยการอุ้มเด็ก และกรณีเด็กหลายคนให้เคลื่อนย้าย โดยการใส่ Clip)
 - 3 ทารกแรกเกิดวิกฤต ให้ใช้ผ้าห่อตัวให้หุ้ม เพื่อให้ความอบอุ่นแล้วเคลื่อนย้ายโดยการใส่ Clip ให้ออกซิเจน
- ห้องผ่าตัด
 - 5.1 ผู้ป่วยกำลังผ่าตัด ถ้าประกาศ CODE F เหลือง ให้เตรียมอุปกรณ์ และเครื่องใช้ เช่น Ambu bag ผ้า Drape sterile และ set suture ถ้าประกาศ CODE F แดง ให้เฝ้าจับแผลชั้น Sheet ปิดผ้า Sterile ห่อตัวผู้ป่วย เคลื่อนย้ายลงเปลสนาม โดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลเป็นผู้ส่งการลงบันไดหนีไฟ
 - 5.2 ติดต่อโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ประสานงานเพื่อ refer ไปทำการผ่าตัดต่อ และนัดหมายส่งคนไข้
 - 5.3 แจ้งแผนกแพทย์ให้เตรียมรถ 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 หัวหน้าแผนกสั่งการขอคำสั่งจากเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กำหนดเจ้าหน้าที่ 4 คน เคลื่อนย้ายเตียงคนไข้ไปยังลิฟต์ฉุกเฉินร่วมกับทีมเวรเปล
- 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 สถานีดับเพลิงเทศบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-243444
- 1.4 โรงพยาบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044 235000
- 1.5 โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-395000
- 1.6 โรงพยาบาลปิยะชัย เบอร์โทรศัพท์ 044-441-011
- 1.7 โรงพยาบาลค่ายสุรนารี เบอร์โทรศัพท์ 044-234300
- 1.8 ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044 242819
- 1.9 เทศบาลนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 044-242222
- 1.10 เทศบาลตำบลสุรนารี เบอร์โทรศัพท์ 087-8699968

2) การสำรวจความเสี่ยง

หน่วยปฏิบัติการเข้าสำรวจความเสี่ยงภัยหลังจากเพลิงสงบกับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ

3) การรายงานตัวของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย และกำหนดจุดนัดพบเพื่อรอรับคำสั่ง ณ จุดรวมพล


เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายรายงานตัวต่อผู้บังคับบัญชาตามโครงสร้าง และหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์อำนวยการดับเพลิง

4) การช่วยเหลือชีวิตและค้นหาผู้เสียชีวิตหรือผู้สูญหาย โดยมีทีมเผชิญเพลิงและทีมค้นหาผู้สูญหายซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

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

5) การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย ทriage และผู้เสียชีวิต

- 5.1 ผู้ประสบภัย ผู้บาดเจ็บ ทีมแพทย์พามาถึงจุดรวมพล และแจ้งทีมปฐมพยาบาลเพื่อทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือทำการส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป และแจ้งญาติให้ทราบ
- 5.2 ทriageทีม: ทุกหน่วยงานทำการนำทีม Triage ทีมเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บมาพร้อมกันทีมแพทย์ประจำพื้นที่ ทีมเคลื่อนย้ายวัสดุภายในทำการเคลื่อนย้าย Triage ทีมระบบเก็บข้อมูลอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เคลื่อนย้ายไปยังที่ปลอดภัย
- 5.3 ผู้เสียชีวิต: หน่วยข้อมูลข่าวสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจแจ้งยอดผู้เสียชีวิต

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

6) การประเมินความเสี่ยง

หน่วยปฏิบัติการร่วมกับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินความเสี่ยงภัยเบื้องต้น รายงานผลต่อ ผู้อำนวยการดับเพลิง


7) การช่วยเหลือลดผลกระทบผู้ประสบภัย/ผู้ป่วยที่ส่งต่อ

ทีมสนับสนุนและอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามคำสั่งของหัวหน้าหน่วยจัดหาและสนับสนุน หน่วยข้อมูลข่าวสารประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อขอความช่วยเหลือสำหรับผู้ประสบภัย เช่น กรมประชาสัมพันธ์ ปะกันสังคม ปะกันชีวิต

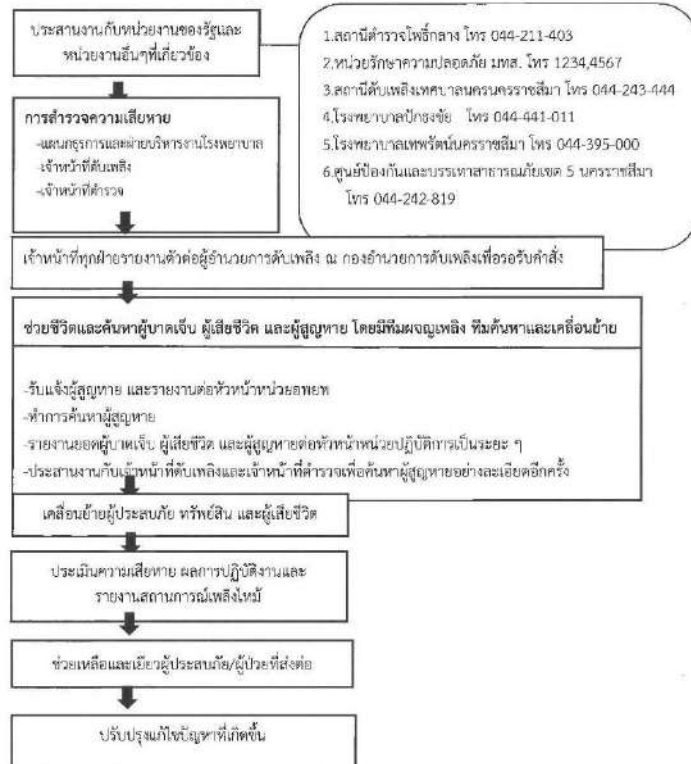
8) การปรับปรุงแก้ไขเฉพาะหน้า เพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินการได้โดยเร็วที่สุด


ผู้อำนวยการดับเพลิง ส่งดำเนินการตามแผนดำเนินการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน



 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


หน้าที่รับผิดชอบของปฏิบัติการตามแผนบรรเทาทุกข์

หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบ	
	หัวหน้าทีม	สมาชิก
1. การประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
2. การสำรวจความเสี่ยง	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
3. การรายงานตัวของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายและกำหนดจุดนัดพบของบุคลากร	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
4. การช่วยชีวิตและการค้นหาผู้ประสบภัย	หัวหน้าทีม ERT	หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย ทหารยี่สิบและผู้เสียชีวิต	หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน	สมาชิกทีม
6. การประเมินความเสี่ยง ผลการปฏิบัติงานและการรายงานสถานการณ์เพลิงไหม้	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายวิศวกรรม
7. การช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ประสบภัย	หัวหน้าฝ่าย HR	เจ้าหน้าที่ HR
8. การปรับปรุงแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้ธุรกิจสามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างเร็วที่สุด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ทีมบริหาร

ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

 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
เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินหน่วยงานภายนอก			
1	สถานีตำรวจโพธิ์กลาง	044-211403	
2	ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา	044-242819	
3	สถานีดับเพลิงเทศบาลนครราชสีมา	044-243444	
4	เทศบาลนครนครราชสีมา	044-242222	
5	เทศบาลตำบลสุรนารี	087-8699968	
เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลในเครือข่าย			
6	โรงพยาบาลมหาสารคาม	044-235000	
7	โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	044-395000	
8	โรงพยาบาลปักธงชัย	044-441011	
9	โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	044-234300	
หน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี			
10	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย มทส.	4444, 4567	
หน่วยงานภายในอาคาร			
11	หน่วยงานรักษาความปลอดภัย	7057	
12	อาคารศูนย์เทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม	6504	
13	ศูนย์วิทยุโรงพยาบาลมทส.	7024	




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

แผนผังจุดรวมพล



จุดรวมพลที่ 1 คือ บริเวณหน้าหอพักสุรนารี 17 กรณีเกิดเหตุที่อาคารรัตนเวชพัฒน์ อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรังสีวินิจฉัย และหอพักสุรนารี 17
จุดรวมพลที่ 2 คือ บริเวณหน้าอาคารพยาธิ และหน้าอาคารโภชนาการ กรณีเกิดเหตุที่อาคารทันตกรรม ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
จุดรวมพลที่ 3 คือ บริเวณหอพระ กรณีเกิดเหตุที่อาคารพยาธิ อาคารโภชนาการ

หมายเหตุ : การประกาศใช้จุดรวมพลจะประกาศใช้ครั้งละ 1 จุดเท่านั้น


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

จุดรวมพลและเส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล

กรณีเกิดเหตุ : อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



หมายเหตุ : ← เส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า : 35 จาก 38

จุดรวมพลและเส้นทางอพยพไปยังจุดรวมพล

กรณีเกิดเหตุ อาคารรัตนเวชพัฒน์



หมายเหตุ : ← เส้นทางอพยพไปจุดรวมพล


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-001	แก้ไขครั้งที่ : 01
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้า : 36 จาก 38

เส้นทางและตำแหน่งจุดจอดรถดับเพลิง

กรณีเกิดเหตุ อาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์



หมายเหตุ ← เส้นทางรถดับเพลิง
จุดจอดรถดับเพลิง

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

เส้นทางและตำแหน่งจุดจอตระดับเพลิง


กรณีเกิดเหตุ : อาคารรัตนเวชภัณฑ์



หมายเหตุ

← เส้นทางระดับเพลิง

จุดจอตระดับเพลิง

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	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
 - วางระเบียบ ประหยัดผู้ป่วย
 - สบายน้ำ ยาน้ำ
 - เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือใช้ คุรุภัณฑ์

วิธีปฏิบัติ

- 1) หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงานจัดทำบัญชีแยกประเภทไว้
- 2) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้ายสิ่งของและชั้นจัดในกลุ่มเคลื่อนย้ายทรัพย์สิน กู้ชีพ
- 3) มีจุดพลาสดักที่มีเครื่องหมายหรือชื่อหน่วยงานเพื่อบรรจุสิ่งของแยกชั้น
- 4) เคลื่อนย้ายสิ่งของตามลำดับความสำคัญ

บัญชีแยกประเภท อุปกรณ์การแพทย์ ยา เคมีภัณฑ์ ทรัพย์สิน และเอกสารสำคัญ


หน่วยงาน/แผนก.....

ประเภททรัพย์สิน	รายชื่ออุปกรณ์	รายชื่อผู้ขนย้าย
ประเภทที่ 1 สต็อกเกอร์สีแดง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 2 สต็อกเกอร์สีเหลือง (เพียง 1 ชั้น)		
ประเภทที่ 3 สต็อกเกอร์สีเขียว (หลายชั้นได้ตามสมควร)		


ภาคผนวก ค-3

แผนการรวบรวมขยะและขนส่งขยะภายในโครงการ





บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด
RECYCLE ENGINEERING CO.,LTD.



เลขที่ MEI-20/133

วันที่ 22 พฤษภาคม 2563
เรื่อง ขี้เถ้ากระบวนการในการกำจัด Lab Waste
เรียน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สวัสดีครับ บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด ได้ให้บริการรับกำจัดของเสียให้แก่วิทยาลัยปฏิบัติการ 107 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และได้ทำการขนย้ายของเสียเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 ตามเอกสารใบกำกับการขนส่งของเสียอันตราย เลขที่ MF-20-1539 ทางบริษัทฯ ขอแจ้งผลการจัดการของเสียอันตรายโดยรายละเอียดต่อไปนี้


ตารางสรุปน้ำหนักสารเคมีที่ผ่านกระบวนการกำจัดของเสีย

Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
Mixed Solvent	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้น ทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	995.0
Acid - Base	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางเคมีและฟิสิกส์ หลังจากนั้นจะทำการ Neutralization ให้มีค่า pH เป็นกลางก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	405.3
High-Toxic	ตรวจวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ De-toxic ตามแต่ละประเภทของสารเคมี ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์ หรือเตาเผาขยะอันตราย	284.5
Heavy Metal	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นลักษณะทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการปรับปรุงคุณภาพของเสียโดยกลั่นกรอง โดยในส่วนของการจะทำการรวบรวมก่อนนำไปฝังกลบแบบปลอดภัย (Secure Landfill) ของเสียของเสียที่เป็นของเหลวจะส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์	1,384.2
Solid Waste	ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นลักษณะทางกายภาพและเคมี หลังจากนั้นจะทำการ Pre-treatment ก่อนรวบรวมส่งกำจัดโดยเตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	23.5


Recycling is the best way to manage waste material

สำนักงาน : 3121 หมู่ 10 ต.สุรนารี 107 คลังรับของเสีย อ.เมือง จ.นครราชสีมา 10270
โทรศัพท์ : 0-2749-8522-3 โทรสาร : 0-2749-9650, 0-2749-8973
E-mail : nik@recycleengineering.com


โรงงาน : 57 หมู่ 7 ต.วังไทรโคก อ.พยุหะคีรี จ.นครราชสีมา 20240
โทรศัพท์ : 0-3820-9913-5 โทรสาร : 0-3820-9999
www.recycleengineering.com



บริษัท รีไซเคิลเอ็นจิเนียริง จำกัด
RECYCLE ENGINEERING CO.,LTD.



Type of Waste	Waste Management	Quantities (Kg.)
ลักษณะปฏิกิริยา	ในขั้นตอนหลังจากแยกของเสียออกแล้วจะนำขยะไปทิ้ง หลังจากล้างสารเคมีของเสียที่ได้จากการล้างจะนำไปเผาที่เตาเผาปูนซีเมนต์ จากนั้นแยกประเภทของของเสียตามเคมี ส่วนที่เป็นของเหลวจะนำไปเผาที่เตาเผาขยะอันตราย และส่วนที่เป็นของแข็งจะนำไปเผาที่เตาเผาปูนซีเมนต์หรือเตาเผาขยะอันตราย	837.5
Total		3,950



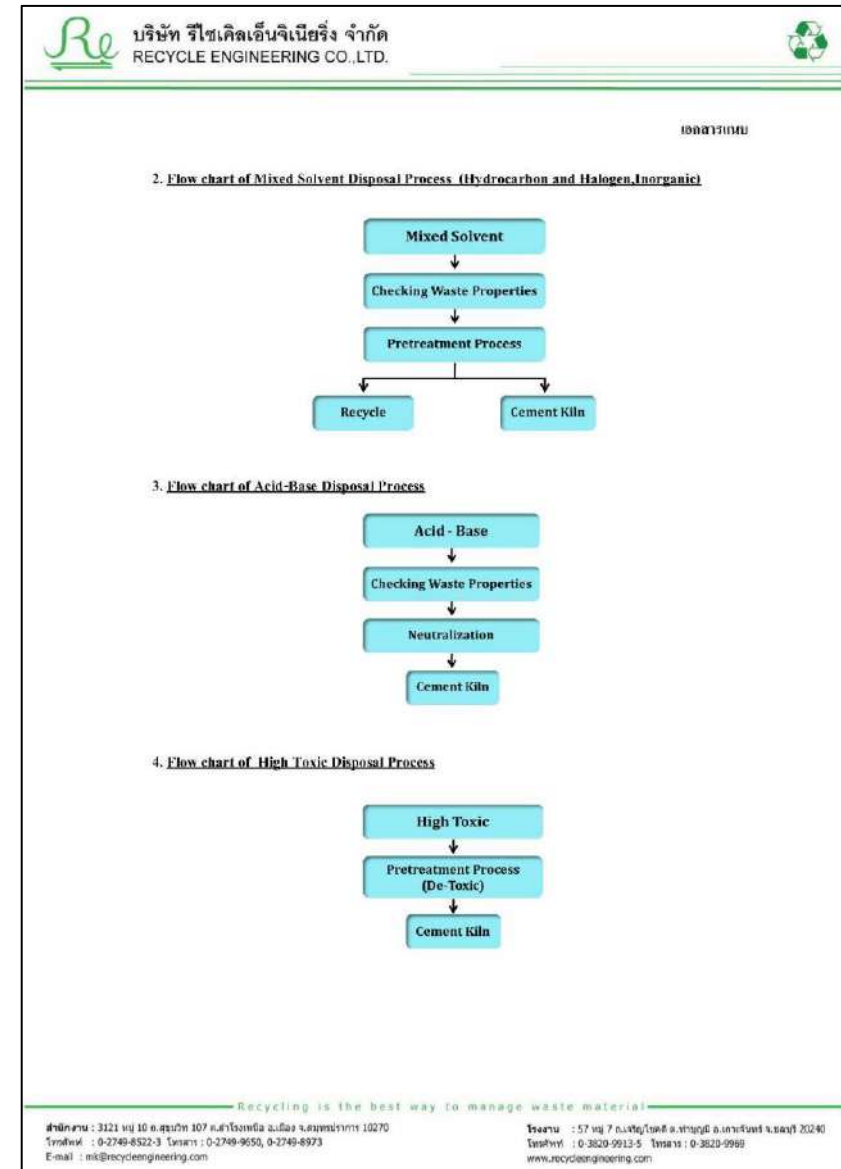
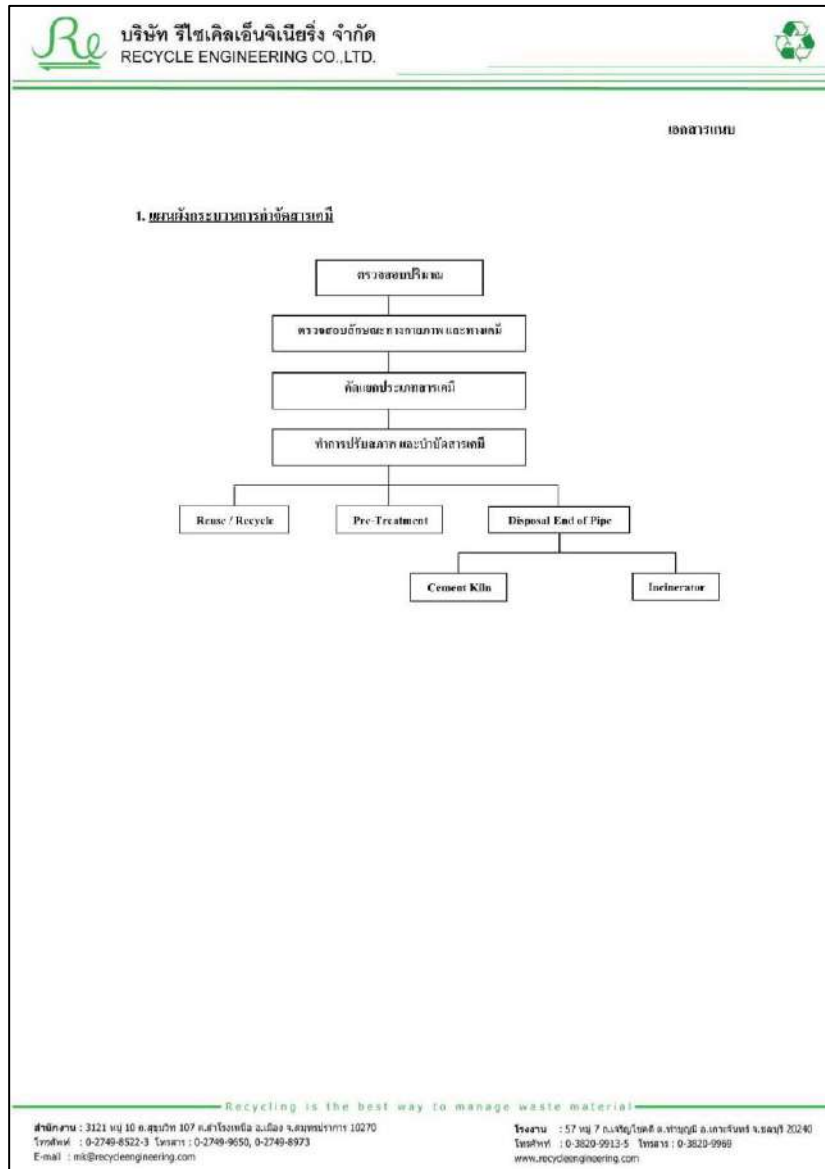
ขอแสดงความนับถือ
กัญญาพัชร ไตรธรรมานันท์
(Sale Support)

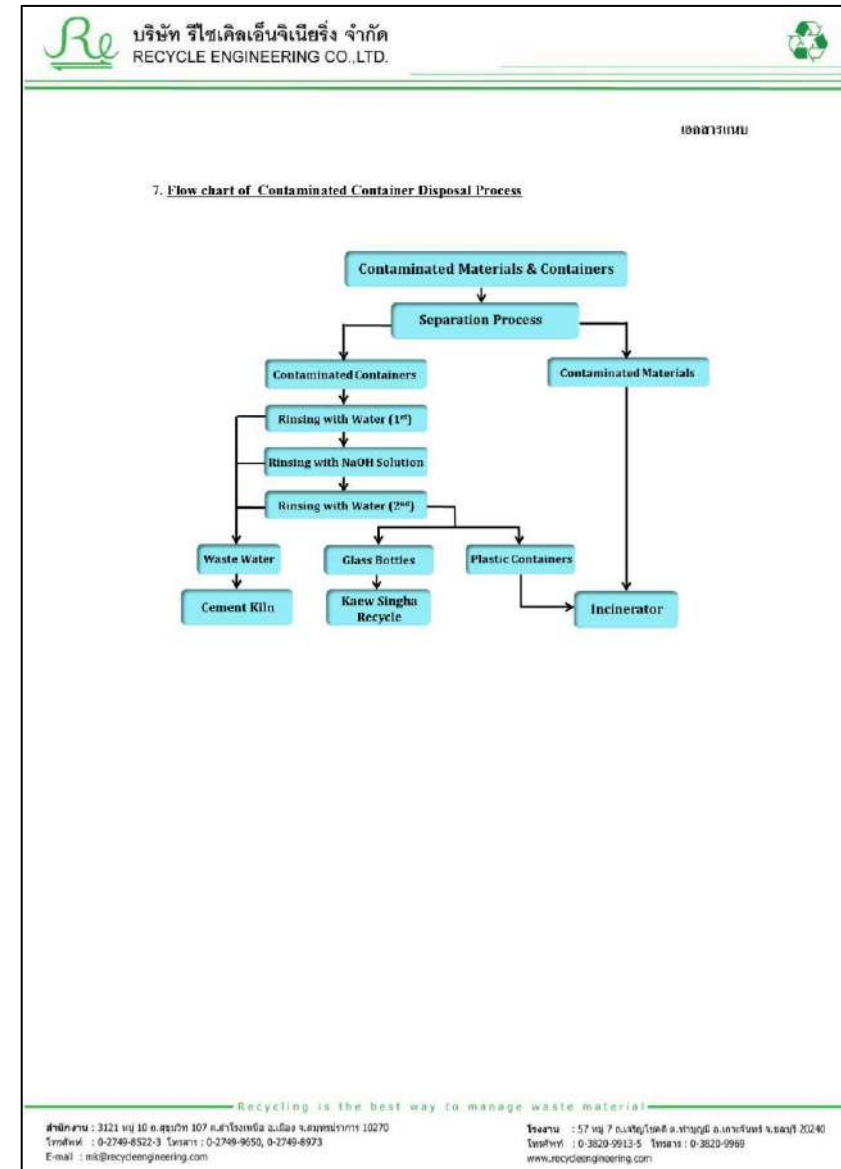
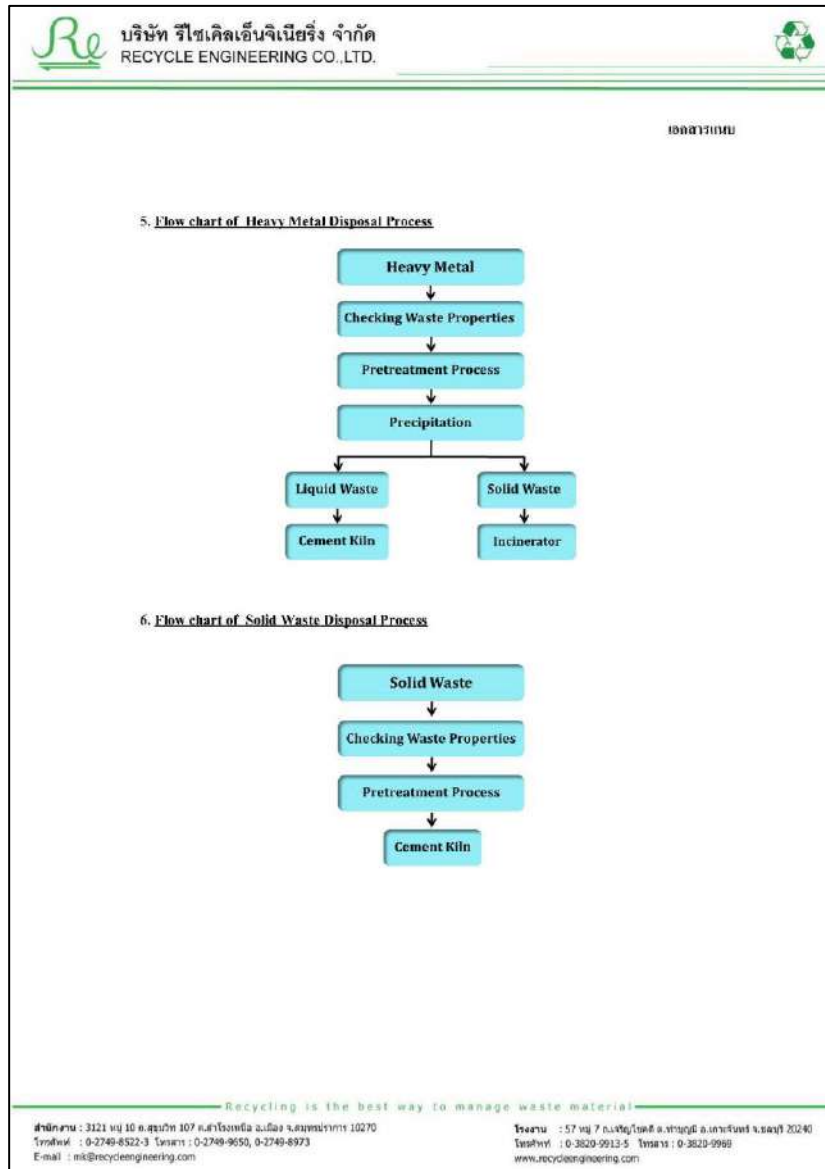
Recycling is the best way to manage waste material

สำนักงาน : 3121 หมู่ 10 ต.สุรนารี 107 คลังรับของเสีย อ.เมือง จ.นครราชสีมา 10270
โทรศัพท์ : 0-2749-8522-3 โทรสาร : 0-2749-9650, 0-2749-8973
E-mail : nik@recycleengineering.com

โรงงาน : 57 หมู่ 7 ต.วังไทรโคก อ.พยุหะคีรี จ.นครราชสีมา 20240
โทรศัพท์ : 0-3820-9913-5 โทรสาร : 0-3820-9999
www.recycleengineering.com









ใบอนุญาต

ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

เล่มที่ ๑๑ เลขที่ ๑๙/๒๕๖๓

อนุญาตให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.....สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่...๖...
ตรอก/ซอย.....ถนนมหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
จังหวัด.....นครราชสีมา.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๕๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บขน สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมจะ๕,๐๐๐..... บาท(ห้าพันบาทถ้วน)
ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๔๑๖...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 มี.ค. 2563

โดยให้ชื่อกิจการว่ามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่๑๑๑..... หมู่ที่...๖...
ตรอก/ซอย.....ถนนมหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๕๔๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพ.ร.บ.ควบคุมมลพิษ พ.ศ.๒๕๖๑ เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.๒๕๖๑
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้
- (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่๑.....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

เทศบาลตำบลคูหาแก้ว

ได้รับเงินจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.....

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการเก็บ ขน สิ่งปฏิกูล หรือมูลฝอย	41230001	5,000.00	111 ม.6 ตามแบบหา วิทยาลัย จ.สุรนารี อ. เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			5,000.00	

ตัวอักษร (ถ้ามีแยกต่างหาก)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

(นางเป็ชรา จุฑาไธย)

ผู้ช่วยเจ้าพนักงานเงินเก็บรายได้



ใบอนุญาต

ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

เล่มที่ ๑๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้ _____มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี_____ สำนักงานเลขที่...๑๑๑... หมู่ที่...๖...
ตรอก/ซอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ๑๐,๐๐๐..... บาท ..(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)
ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๕๐๘...../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.....๐๔๔-๒๒๔๔๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติเทศบาลตำบลสุรนารี เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ร.บ.๒๕๖๐
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้
- (๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ร.บ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ...๑๑...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-0081963

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุรนารี

ได้รับเงินจาก เทศบาลตำบลสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาต	41239999	10,000.00	ประกอบกิจการ รับทำการเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ 111 ม.ค. ๖๖๓๓ วิทยาลัย จ.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			10,000.00	

ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

(นางปัทมา จุฑาพัฒน์)

ผู้รับเงิน

ผู้ชำระเงินเงินเก็บรายได้



ใบอนุญาต

ประกอบกิจการ รับทำการกำจัด สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

เล่มที่ ๑๑ เลขที่ ๑๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่.....๑๑๑... หมู่ที่...๖...
ตรอก/ซอย.....ถนนมหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๕๔๔๔.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน
ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ๕,๐๐๐..... บาท(ห้าพันบาทถ้วน).....

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๘๐๙...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 ม.ค. 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่ามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่.....๑๑๑... หมู่ที่...๖...
ตรอก/ซอย.....ถนนมหาวิทยาลัย..... แขวง/ตำบล.....สุรนารี..... เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๕๔๔๔.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) ต้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการด้านสิ่งแวดล้อมระดับสุรนารี เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.๒๕๕๖
และประกาศ หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้

(๒) ต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่๑๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ
ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท
๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00817/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุรนารี

ได้รับเงินจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.....

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาตรับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย	41230002	5,000.00	111 ม.6 ถนนมหาวิทยาลัย จ.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			5,000.00	

เจ้าหนี้ (หักเงินบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

(นางเนือง อุดมศิลป์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดสุรนารี



ใบอนุญาต

ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เล่มที่ ๐๑ เลขที่ ๐๑/๒๕๖๓

อนุญาตให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... สำนักงานเลขที่.....๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....
 ต.รอก/ขอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๕๘๕๕.....

ข้อ ๑. ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือได้รับผลประโยชน์ตอบแทน
 ด้วยการคิดค่าบริการ

ค่าธรรมเนียมปีละ๑๕,๐๐๐..... บาท ..(-หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน-)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ RCPT.....๐๐๑๑๑...../๒๕๖๓ ลงวันที่ 15 มิ.ย. 2563

โดยใช้ชื่อกิจการว่ามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... ตั้งอยู่เลขที่๑๑๑..... หมู่ที่.....๖.....
 ต.รอก/ขอย.....ถนน.....มหาวิทยาลัย.....แขวง/ตำบล.....สุรนารี.....เขต/อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....
 จังหวัด.....นครราชสีมา..... หมายเลขโทรศัพท์.....๐๕๔-๒๒๕๘๕๕.....

ข้อ ๒. ผู้รับใบอนุญาตต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

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

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่๓๑.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ออกให้ ณ วันที่๑.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

(ลงชื่อ)



คำเตือน ๑. ผู้รับใบอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตนี้ไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ประกอบกิจการ
 ตลอดเวลาที่ประกอบกิจการหากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๒. หากประสงค์จะประกอบกิจการในปีต่อไปต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RCPT-00818/63

วันที่ 15 มกราคม 2563

เทศบาลตำบลสุรนารี

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับ	รายการ	รหัสบัญชี	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	ค่าใบอนุญาต	41239999	15,000.00	ประกอบกิจการ รับทำการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 111 ม.ย. ๒๕๖๓ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา
รวมเงิน			15,000.00	

ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

ใบนี้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

(นางเนืองนิจ สุขกนิษฐ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเทศบาลตำบลสุรนารี

เอกสารกำกับการขนส่งสมุนไพรชนิดอื่น พ.บ.๖1/2 สำนักกำกับโรงงานยาสูบ

ผู้ส่งมอบยาสูบ ชื่อผู้ _____ สาขา/กอง/ฝ่าย/สถานที่ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ลักษณะการขนส่ง ☐ 3. บรรจุรวมอยู่ใน 10°C ☒ 2. สิ่งๆ หนึ่ง ☐ 1. สิ่งๆ หนึ่ง

เลขทะเบียน 9-๙-๙-๙ เดือน/ปี ๙/๙๙ ปี ๙๙๙๙ วันที่ ๙๙/๙๙/๙๙ ปี ๙๙๙๙

ชื่อและตำแหน่ง _____ โทรศัพท์ _____

คำรับรองของผู้ส่งมอบยาสูบ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสิ่งส่งมอบยาสูบที่ส่งมอบให้ท่านนี้ เป็นของแท้ตามที่ระบุไว้ในใบแจ้งการขนส่ง และ

ว.ด.ป.	ชื่อผู้ส่งมอบยาสูบ	ตราสินค้า	ตราสินค้า	ปริมาณสุทธิ (ก.ก.)	ชื่อและตำแหน่ง (ผู้รับรอง)	ลายเซ็น
๙/๙/๙๙	๙๙๙ ม.ร.ร.	๙๙๙๙	๙๙๙๙	๙๙๙๙	๙๙๙๙	๙๙๙๙

คำรับรองของผู้รับยาสูบ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสิ่งส่งมอบยาสูบที่ส่งมอบให้ท่านนี้ เป็นของแท้ตามที่ระบุไว้ในใบแจ้งการขนส่ง และ

ชื่อและตำแหน่ง _____ ลายเซ็น _____

สถานที่กำกับ : ๙๙ ๙๙ ๙๙ ชื่อผู้ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

คำรับรองของผู้รับยาสูบ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสิ่งส่งมอบยาสูบที่ส่งมอบให้ท่านนี้ เป็นของแท้ตามที่ระบุไว้ในใบแจ้งการขนส่ง และ

ชื่อและตำแหน่ง ๙๙๙๙ ๙๙๙๙-๙๙๙๙ ลายเซ็น ๙๙๙๙ ว.ด.ป. ๙/๙/๙๙ ปี ๙๙๙๙

[illegible]

คช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.01/2 สำนักกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บเงิน ชื่อผู้..... มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... โทรศัพท์..... 094-225-007

ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขหมายเดิน ๕๕-๕๕๖๖ ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บเงิน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้เก็บเงิน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว พร้อมเอกสารแนบ บราจู บิลบ้าน และเอกสารอย่างเหมาะสมตามที่กำหนดของกฎหมาย

ว.ค.ป.	ชื่อผู้ส่ง/ผู้รับ/ผู้ติดต่อ	เวลาส่ง	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนเก็บเงิน (ผู้ส่งมอบมูลฝอย 05/1/2565)	ลายเซ็น
1/6/65	19.00	19.40	560

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ส่งมอบไปยังหน่วยงานของกฎหมาย ชื่อผู้รับมอบ..... ลายเซ็น.....

สถานที่เกิดเหตุ :..... ชื่อผู้.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้จัดส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ปริมาณมูลฝอย..... กิโลกรัม

ชื่อผู้รับมอบ..... ลายเซ็น..... ว.ค.ป. 1/6/65 ได้รับมอบ

คช.01/2

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คช.01/2 สำนักกลับโรงพยาบาล

ชื่อผู้เก็บเงิน ชื่อผู้..... มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี..... โทรศัพท์..... 094-225-007

ลักษณะของมูลฝอยติดเชื้อ ☐ 1. ปริมาณมูลฝอย 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ.....

เลขหมายเดิน ๕๕-๕๕๖๖ ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บเงิน..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้เก็บเงิน : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว พร้อมเอกสารแนบ บราจู บิลบ้าน และเอกสารอย่างเหมาะสมตามที่กำหนดของกฎหมาย

ว.ค.ป.	ชื่อผู้ส่ง/ผู้รับ/ผู้ติดต่อ	เวลาส่ง	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อคนเก็บเงิน (ผู้ส่งมอบมูลฝอย 05/1/2565)	ลายเซ็น
๕-๕-๕๕	11.30	12.00	565

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ส่งมอบไปยังหน่วยงานของกฎหมาย ชื่อผู้รับมอบ..... ลายเซ็น.....

สถานที่เกิดเหตุ :..... ชื่อผู้.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้จัดส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ปริมาณมูลฝอย..... กิโลกรัม


ชื่อผู้รับมอบ..... ลายเซ็น..... ว.ค.ป. ๕-๕-๕๕ ได้รับมอบ



ภาคผนวก ค-4

แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์



 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 เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตหรือทรัพย์สินหรือชีวิตของบุคลากรและบุคคลภายนอก

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 และกั้นพื้นที่ซึ่งอันตรายและดูแลความปลอดภัยบริเวณจุดเกิดเหตุ
- 4.2 ทีมช่างจากแผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม : มีหน้าที่ตรวจสอบและแก้ไขลิฟต์หรือประสานงานบริษัทภายนอกเพื่อแก้ไขลิฟต์สามารถใช้งานได้โดยปกติ
- 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 : มีหน้าที่ประเมินสภาพร่างกายและให้ความช่วยเหลือผู้ติดค้างภายในลิฟต์

5. การปฏิบัติกรณีเกิดลิฟต์ขัดข้อง

ลิฟต์ถือว่าเป็นอุปกรณ์สำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้คน และสิ่งของต่าง ๆ จากชั้นหนึ่งไปยังอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการขนย้ายผู้ป่วย โดยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีอาคารทั้งหมด 8 อาคาร และอาคารที่มีลิฟต์มี 5 อาคาร ได้แก่ อาคารวิน

 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 4 จาก 10

เลขพื้นที่ 12 ชั้น, อาคารศูนย์วิจัยวิจัย 2 ชั้น, อาคารพยาธิ 3 ชั้น, อาคารสิรินธรรัตนพิพัฒน์ 3 ชั้น และอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 12 ชั้น

ลิฟต์ทั้งหมดรับกระแสไฟฟ้าผ่านแผงจ่ายไฟฟ้าฉุกเฉินของอาคาร และจะเคลื่อนที่ลงมาจอดที่ชั้นใกล้ที่สุดพร้อมเปิดประตูออกในกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้ และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยใช้งานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ทำสัญญาบำรุงรักษาลิฟต์ กับบริษัทภายนอกเพื่อเข้าดำเนินการแก้ไขได้ทันที ในกรณีเกิดปัญหา แผนการฉุกเฉินเมื่อระบบลิฟต์ขัดข้อง มีดังนี้

- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป เช่น ลิฟต์กระตุก, มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ เป็นต้น
- แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์
- แผนการป้องกันไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟต์

5.1 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องทั่วไป


แผนการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทั่วไป ในกรณีลิฟต์เกิดเหตุขัดข้อง เช่น ลิฟต์วิ่งกระตุก มีเสียงดังขณะเคลื่อนที่ผิดปกติใช้งานไม่ได้ อื่น ๆ และไม่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์ ให้ผู้พบเห็นปฏิบัติ ดังนี้

- 1) หากพบเห็นลิฟต์ที่ใช้งานไม่ได้ ให้ทำการแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่อยู่ใกล้ที่สุด หรือโทรไปที่แผนกสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม เบอร์โทร 6504

5.2 แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้องโดยมีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์

- 1) เมื่อลิฟต์ขัดข้องโดยมีผู้โดยสารติดอยู่ภายในลิฟต์ทำการกดปุ่มขอความช่วยเหลือ และโทรแจ้งรายที่เบอร์ติดต่อฉุกเฉินภายในลิฟต์ โดยรายละเอียดที่ต้องแจ้งมีดังนี้

- แจ้งอาคาร หมายเลขลิฟต์ (ภายในลิฟต์ทุกเครื่องจะมีหมายเลขประจำลิฟต์ติดอยู่)
- แจ้งชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่ ซึ่งเป็นการประมาณโดยผู้โดยสารภายในลิฟต์ หากสามารถแจ้งชั้นได้แน่นอนจะช่วยให้ช่างทำการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น
- ผู้โดยสารภายในลิฟต์ต้องห้ามทำการจับประตูลิฟต์เองเป็นอันขาด ซึ่งอาจก่อให้เกิดเหตุภายในภายใน 10 นาที และทำการช่วยเหลือต่อไป


 หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-002	แก้ไขครั้งที่ : 0
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 5 จาก 10

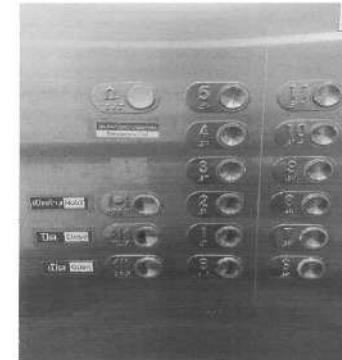


รูปที่ 1 รูปแสดงตัวเลขาประจำลิฟต์ที่อยู่ภายใน



รูปที่ 2 รูปแสดงบอร์ดโทรศัพท์ฉุกเฉินภายในตู้โดยสารลิฟต์


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



รูปที่ 3 รูปแสดงปุ่มขอความช่วยเหลือหรือแจ้งเหตุฉุกเฉินภายในลิฟต์



รูปที่ 4 รูปที่แสดงป้ายติดแจ้งผู้โดยสารภายในลิฟต์ กรณีกระแสไฟฟ้าดับ

 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์</p>	<p>รหัสเอกสาร : QP-ENV-002 แก้ไขครั้งที่ : 0</p> <p>วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564 หน้าที่ : 7 จาก 10</p>
---	--	---

- 2) แผนการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์
- เมื่อได้รับแจ้งเรื่องมีผู้โดยสารติดค้างภายในลิฟต์ หรือเกิดเหตุการณ์ลิฟต์ขัดข้องที่มีผู้โดยสารติดอยู่ภายใน ให้ทำการสอบถามอาการที่เกิดขึ้นเหตุ และหมายเลขชั้นที่ลิฟต์ติดค้างอยู่
 - เมื่อช่างเข้าถึงพื้นที่เกิดเหตุ ทำการดูหมายเลขที่บอกขึ้นหน้าลิฟต์ ของชั้นที่ 1 หรือใช้กุญแจเปิดประตูขานลิฟต์แล้วรอผู้โดยสาร แต่ต้องมีความระมัดระวัง เพราะอาจพลัดตกลงไปในช่องลิฟต์ได้
 - เมื่อทราบว่าลิฟต์ติดอยู่ชั้นไหน ถ้าเป็นการมีไฟฟ้าดับเมื่อลิฟต์ค้าง ประตูจะปิดสนิท แต่ถ้าประตูเปิดไม่ได้
- 3) เมื่อทำการช่วยเหลือผู้โดยสารที่ติดค้างภายในลิฟต์แล้วเรียบร้อยแล้ว ให้ทำการแจ้งไปยังศูนย์วิทยุ เพื่อทำการยกเลิกสถานะฉุกเฉิน
- 4) เข้าสู่สถานการณ์ปกติ


5.3 แผนการป้องกันอัคคีภัยสำหรับการใช้ลิฟต์

ลิฟต์ภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีทุกตัว จะมีป้ายบอก "ห้ามใช้ลิฟต์ขณะเกิดเพลิงไหม้" เพื่อเป็นการเตือนป้องกันในเบื้องต้น และมีระบบป้องกันอัคคีภัยอยู่ 3 ระบบ ดังนี้

5.3.1 ระบบ Fire Switch จะเป็นระบบ Manual ซึ่งจะทำงานก็ต่อเมื่อต้องมีเจ้าหน้าที่ปิดกั้นและ Fire Switch ที่ติดตั้งอยู่หน้าลิฟต์ด้วยเช่นกัน 1 หากมีเหตุอัคคีภัยเกิดขึ้นระบบจะไม่สามารถทำงานได้เอง แต่หากมีเจ้าหน้าที่ปิดกั้นและ Fire Switch ลิฟต์จะหยุดรับคำสั่งทั้งหมดและจะเคลื่อนที่มายังจุดที่ชั้นล่างสุด 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 และจะเคลื่อนที่ลงมายังจุดล่างสุดของอาคารและเปิดประตูออก เหมือนกับลิฟต์ที่มีระบบ Fire Alarm ต่างกันที่หน้าลิฟต์ชั้นล่างสุดของลิฟต์จะติดตั้งชุด Fire Man Switch อยู่ โดยที่นักฉุกเฉินจะกดปุ่ม Fire Man Switch เมื่อลิฟต์เข้าสู่ระบบ Fire Man เจ้าหน้าที่ดับเพลิงไปตามชั้นต่าง ๆ ต่อไป โดยที่ปุ่มสัญญาณในตู้โดยสารลิฟต์ และลิฟต์จะไม่เปิดประตูจนกว่าเจ้าหน้าที่ดับเพลิงจะสั่งปิดประตูจากภายในตู้โดยสารลิฟต์เท่านั้น เพื่อความปลอดภัยกับเจ้าหน้าที่ดับเพลิง

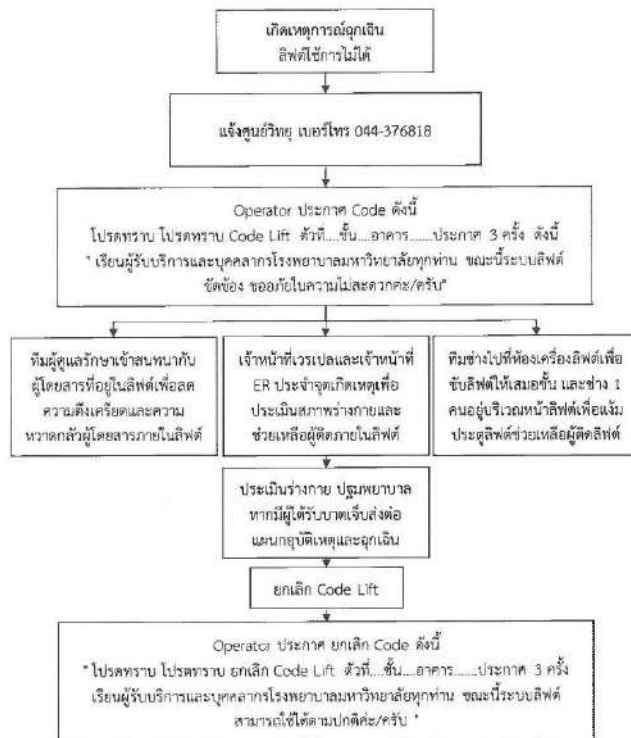
 <p>หน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี</p>	<p>ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินสำหรับลิฟต์</p>	<p>รหัสเอกสาร : QP-ENV 002 แก้ไขครั้งที่ : 0</p> <p>วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564 หน้าที่ : 8 จาก 10</p>
---	--	---



รูปที่ 8 รูปที่แสดงป้ายที่จะติดอยู่หน้าลิฟต์ตามชั้นต่าง ๆ

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


6. แผนผังการปฏิบัติกรณีเกิดลิฟต์ขัดข้อง



ภาคผนวก ค-5

แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ



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

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อจัดทำแผนการตอบสนองเหตุการณ์ความไม่สงบ
- 1.2 เพื่อป้องกันการบาดเจ็บทางร่างกายและลดความสูญเสียทางทรัพย์สินที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคลากรหรือผู้รับบริการ

2. ขอบเขต

แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบฉบับนี้ ใช้สำหรับ "เหตุการณ์ความไม่สงบภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี" เท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและทรัพย์สิน


3. คำจำกัดความ

- | | |
|----------------------|--|
| 3.1 ผู้ก่อความไม่สงบ | หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ก่อความวุ่นวายหรือความไม่สงบ โดยแสดงถึงความรู้แจ้งหรือเจตนาในการก่อเหตุร้าย ซึ่งมีความเป็นอันตรายต่อผู้คนและสถานที่ |
| 3.2 ทะเลาะวิวาท | หมายถึง การสมรู้ร่วมใจเข้าได้เบียดเบียนด้วยวาจา การคำพ้องกันไม่มา ระหว่างคู่วิวาท หรืออาจมีการลงมือต่อยกัน ไม่สำคัญว่าฝ่ายใดจะเริ่มก่อน |
| 3.3 ทำร้ายร่างกาย | หมายถึง การกระทำของบุคคล คนหนึ่งได้กระทำความผิดต่ออีกคนหนึ่งถึงขั้นที่ผู้ถูกทำร้ายได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ซึ่งจะเห็นว่า ผู้ถูกทำร้ายไม่ได้มีการตอบโต้ |
| 3.4 Code A เหลือง | หมายถึง รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบ 1 คน และปราศจากอาวุธ |
| 3.5 Code A แดง | หมายถึง รหัสที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดขึ้นเพื่อใช้ประกาศไว้ในกรณีมีผู้ก่อความไม่สงบมากกว่า 1 คน หรือมีอาวุธในครอบครอง |

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

4.1 หัวหน้าเวร/หัวหน้าแผนกที่พบเหตุการณ์ผู้ก่อความไม่สงบ/ผู้พบเหตุการณ์ :

1. ประเมินสถานการณ์จำนวนผู้ก่อความไม่สงบและอาวุธ
2. แจ้ง Operator เพื่อประกาศ Code : A เหลือง/แดง
3. นำทางหรือเคลื่อนย้ายผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงย้ายไปยังพื้นที่ปลอดภัยของแผนกที่กำหนด และปิดประตูทางเข้า-ออก (กรณี Code : A แดง)
4. แจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่คนอื่นที่อยู่ในพื้นที่ปลอดภัย โดยไม่ให้ส่งเสียงดังไว้อย่างจนกว่าเหตุการณ์จะสงบลง และไม่อยู่ตามลำพัง

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

4.2 เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลพล.

1. นำกำลังพลเจ้าหน้าที่ 2 คน เข้าประเมินสถานการณ์และเข้าจับกุมเมื่อได้รับแจ้งหรือได้ยินประกาศ Code : A

2. ดูแลความปลอดภัยจุดเกิดเหตุป้องกันบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงอันตราย

3. สนับสนุนการเข้าค้นหาผู้ก่อความไม่สงบ และควบคุมตัวเพื่อส่งต่อไปเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง

- กรณีเหตุเกิดที่อาคารเรียนเวชภัณฑ์, อาคารสิรินธรทันตกรรม, อาคารสร้างเสริมสุขภาพ, ศูนย์รังสีวินิจฉัย ควบคุมมาที่ห้องทำงาน รพ. ศูนย์รังสี
- อาคารความเป็นเลิศ ทูมวัฒนาที่บริเวณชั้น 1 ด้านหน้าแผนกเคลื่อนย้าย

4.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยุ

1. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.รพ.มพ., ศูนย์รักษาความปลอดภัย มพ. และเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง เพื่อเข้าระงับเหตุ

สำหรับการแจ้ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง

กรณี Code : A เหลือง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยการนอกเวลา/ผู้ตรวจการ

กรณี Code : A แดง สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลางได้ทันที

4.4 ศูนย์รักษาความปลอดภัย มพ.

1. นำกำลังเจ้าหน้าที่ รพ. จำนวน 2 คน เข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพ.รพ.มพ. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ

4.5 เจ้าหน้าที่ตำรวจ สภ.โพธิ์กลาง :

1. นำกำลังเข้าช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพ.รพ.มพ. ในการระงับเหตุ ค้นหา และควบคุมตัวผู้ก่อความไม่สงบเมื่อได้รับการแจ้งเหตุและร้องขอ

4.6 ผู้อำนวยการ/ผู้อำนวยการนอกเวลา/ผู้ตรวจการ

1. เข้าประเมินสถานการณ์ความไม่สงบเมื่อได้รับแจ้งเหตุ

2. รายงานผู้อำนวยการ (กรณี Code : A แดง)

3. พิจารณาสถานการณ์และสั่งการแจ้งประกาศยกเลิก Code : A)


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

1. เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉินเพื่อเข้าช่วยเหลือกรณีมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ก่อความไม่สงบ

5. ขั้นตอนการปฏิบัติกรณีพบเหตุการณ์ผู้ก่อความไม่สงบ

- 5.1 กรณีแพทย์ได้รับการคุกคามในห้องตรวจให้กดกริ่งในห้องตรวจ 2 ครั้ง เพื่อเป็นสัญญาณแจ้งขอความช่วยเหลือ



	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 ประเภท Code : A

5.3 กรณีเกิดเหตุภายนอกอาคารให้ตะโกนขอความช่วยเหลือ หรือ กดปุ่มขอความช่วยเหลือบริเวณทางเดินระหว่างอาคาร หรือ โทรแจ้งศูนย์วิทยุเพื่อแจ้งเหตุ

5.4 ผู้ได้รับแจ้งหรือผู้เห็นเหตุการณ์แจ้ง Operator เพื่อประกาศ โดย กด* 3 แจ้ง Code : A

เหตุหรือ Code : A ดัง ที่แนก/บริเวณ.....ชั้น.....อาคาร.....


- กรณี Code : A เหลือง ให้แจ้ง Operator ระบุว่าเป็น Code : A เหลือง
- กรณี Code : A แดง ให้แจ้งรายละเอียดจำนวนผู้ก่อเหตุ อาวุธ(ถ้าทราบ) ให้ Operator ทราบเพื่อเป็นประโยชน์ในการเตรียมการของพื้นที่เกี่ยวข้องที่จะเข้าระงับเหตุต่อไป (Operator จะประกาศเป็น Code : A เหลือง/ แดง ตามปกติ แต่กรณีที่เป็น Code : A แดง Operator จะโทรแจ้งรายละเอียดตามที่ได้รับแจ้งต่อผู้ตรวจการและศูนย์วิทยุ)

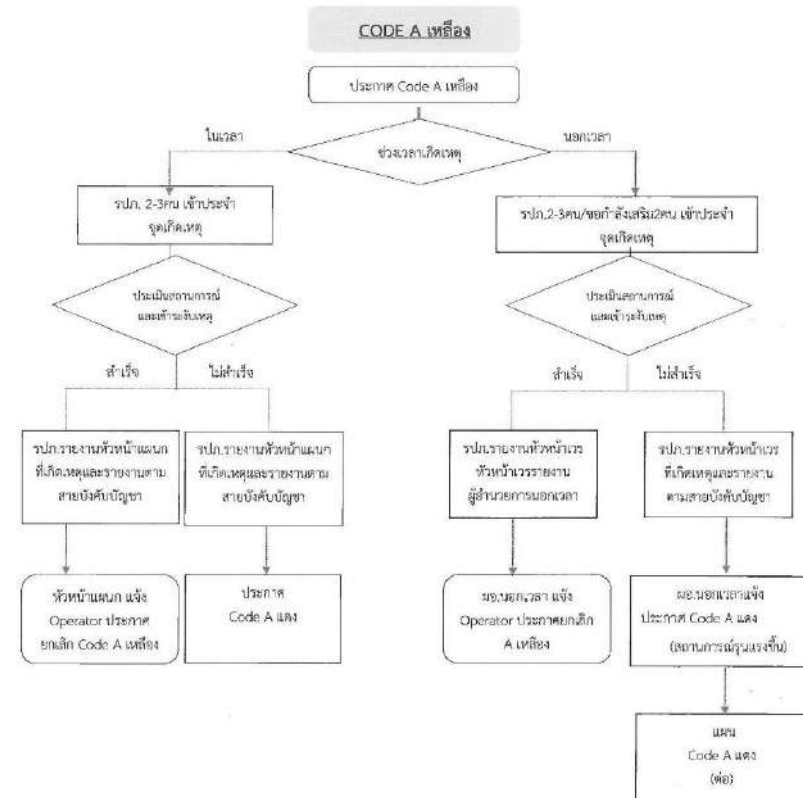
5.5 Operator ประกาศ Code ตามที่ได้รับแจ้งโดยประกาศข้อความนี้ "โปรดทราบฯ Code : A.....ที่แนก/บริเวณ.....ชั้น.....อาคาร.....(3 ครั้ง)"

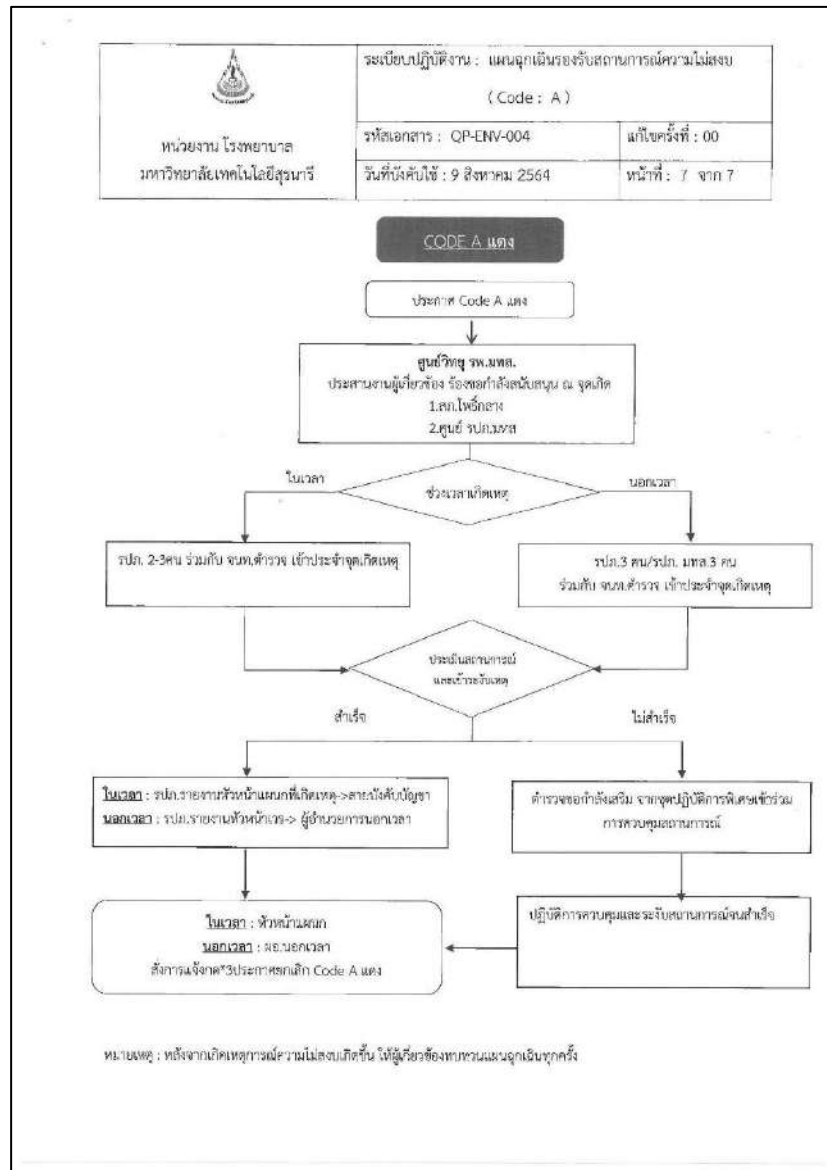
5.6 กรณีได้ยินประกาศ Code : A เหลือง ให้หัวหน้าแผนก/ผู้ได้รับมอบหมายแจ้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมเคลื่อนย้ายไปยังจุด พื้นที่ปลอดภัยที่แผนกกำหนด ส่วนแผนกอื่น ๆ สามารถปฏิบัติงานตามปกติ

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

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

	ระเบียบปฏิบัติงาน : แผนฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ	
	(Code : A)	
	รหัสเอกสาร : QP-ENV-004	แก้ไขครั้งที่ : 00
	วันที่บังคับใช้ : 9 สิงหาคม 2564	หน้าที่ : 6 จาก 7





ภาคผนวก ค-6

รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ



รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
แผนกหน่วยจ่ายกลาง (CSSD) อาคารพยาธิ



ผู้จัดทำ
แผนกสารานุกรมโรคและสิ่งแวดล้อม ฝ่ายวิศวกรรม
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ

หน้า

รายงานการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 1 การตรวจวัดระดับเสียง

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

ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

1. วัดจุดประสงค์	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 และลดผลกระทบต่อสุขภาพและกาวัดอื่น

2. นิยามศัพท์

- 2.1. ระดับเสียงโดยทั่วไป หมายถึง ระดับเสียงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปเป็นเสียงจากหลายแหล่งกำเนิดรวมกัน ไม่มีแหล่งกำเนิดเสียงใดเสียงหนึ่งเป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่เด่นชัดออกมา
- 2.2. ค่าระดับเสียงสูงสุด (L_{max}) หมายถึง ค่าระดับเสียงสูงสุดที่เกิดขึ้น ขณะหนึ่งในระหว่างการตรวจวัดระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.3. ค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ($L_{eq,24h}$) หมายถึงค่าระดับเสียงคงที่ ที่มีพลังงานเทียบเท่าระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีระดับเสียงเปลี่ยนแปลงตามเวลาในชั่วโมง 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 60651 หรือ 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)

1

4. ผู้รับผิดชอบ

- | | |
|------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดีคินทร์ | หัวหน้าแผนกสาธารณสุขโรคและสิ่งแวดล้อม |
| 4.2 นายศพล ไขโพธิ์ | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล |
| 4.3 นางสาวจิรานันท์ ใจชื่น | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดเสียง |

5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน/บริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจก่อให้เกิดเสียง ลักษณะของการเสียงดังที่และระยะเวลาที่รับหรือสัมผัสเสียงนานเพียงใด

- 5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด
- 5.1.2 บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตรวจวัด

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) ดังต่อไปนี้
 - a) ตั้งขาค้าง หรือสเกล เอ: dBA
 - b) การตอบสนองแบบช้า (Slow)
 - c) ตั้งช่วงการตรวจวัดไว้ที่ค่าสูง
 - d) สวมฟองน้ำกันลม (Wind Screen)
 - 5.2.2.2 ตรวจวัดการได้รับ/สัมผัสเสียงของพนักงาน โดยให้ไมโครโฟนของเครื่องวัดเสียงอยู่ทุกระดับสูงของพนักงานที่กำลังปฏิบัติงาน วัดไม่เกิน 30 เซนติเมตร การถือเครื่องวัดเสียงของผู้วัด พึงระวังการดูดซับหรือสะท้อนของเสียงเนื่องจากตัวผู้วัด หรือพิจารณาใช้เครื่องวัดเสียงติดตั้งบนขาตั้ง (Tripod) แทนการถือโดยผู้ตรวจวัด
 - 5.2.2.3 อ่านค่าระดับเสียง และระยะเวลาที่สัมผัสเสียงของพนักงานในแต่ละบริเวณการทำงาน และบันทึกผล รวมทั้งบันทึกปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - 5.2.2.4 นำค่า TWA ที่ตรวจวัดได้ (ได้เฉพาะชนิดมือออก) นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ตามตารางในกฎกระทรวงอุตสาหกรรม หมวด 3 เสียง (ตารางที่ 1)

2



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)

3



6. แบบบันทึกการตรวจวัดเสียงด้วยเครื่องวัดเสียง

วันที่ 31 สิงหาคม - 2 กันยายน 2564 เวลา 08.30-16.30 น.
สถานที่ปฏิบัติงาน อาคารแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวจิราภรณ์ ใจชื่น
เครื่องมือวัดเสียง RION Sound Level Meter Class 1 (Model NL-52)
หมายเลขเครื่องวัด: SB-00212860

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 (โซนสกปรก)	2 ก.ย. 64	08.30-16.30 น.	- ตรวจวัดเสียงขณะปฏิบัติงาน

4



7. ผลการตรวจวัดระดับเสียง

สถานที่ : วิศวกรรมโยธา วิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วัน/เดือน/ปี : 31 ส.ค. - 2 ก.ย. 2564

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป : ห้องโถงและมีเครื่องจักรในการทำงาน เวลาที่สำรวจ : 08.30 - 16.30 น.

ผู้ทำการตรวจวัด : นางสาวจิราณี 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. ชั้นที่สะอาด (ห้องอุปกรณ์/แพทอุปกรณ์)	69.0	69.0	85		✓
2. ห้องปลอดจากเชื้อ (Clean Room)	61.1	61.1	85		✓
3. ห้องล้างทำความสะอาดห้อง/ภาชนะ (โขนสวก)	70.9	70.9	85		✓

ผู้ทำการตรวจวัด
ลงชื่อ จิราณี ใจชื่น
(นางสาวจิราณี ใจชื่น)
ผู้ช่วยวิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้ตรวจสอบ
ลงชื่อ สมอ
(นายยศพล ใบเหลือง)
วิศวกรสิ่งแวดล้อม

ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ [ลายเซ็น]
(นายทรงกิจ จิตภักดีบัณฑิต)
หัวหน้าแผนกสาธารณสุขโรคและสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

1. วัตถุประสงค์

1.1. เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง และเจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผลดำเนินการได้อย่างตรงถ้วน ถูกต้องตามลำดับของวิธีการที่กำหนด

1.2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้ได้มาตรฐานเดียวกัน สามารถสืบค้นความเป็นมาและใช้ปฏิบัติงาน ทดแทนกันได้

2. นิยามศัพท์

2.1 ฟลักซ์ของแสง (Luminous Flux ,F)

ฟลักซ์หมายถึง ปริมาณของแสงสว่างที่ผ่านพื้นที่หนึ่งๆ ในเวลา 1 วินาที หน่วยเป็น ลูเมน (Lumens)

2.2 ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง (Illuminance ,E) ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง หมายถึง ฟลักซ์ของแสง(ปริมาณของแสงสว่าง) ที่ตกกระทบต่อพื้นที่หนึ่งหน่วยพื้นที่ที่กำหนด ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางฟุต หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางฟุต หรือฟุต-เทียน ในกรณีที่พื้นที่มีหน่วยเป็น ตารางเมตร หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางเมตร หรือลักซ์ โดยที่ 1 ฟุต-เทียน มีค่าประมาณ 10.76 ลักซ์

3. เครื่องมือ

เครื่องมือวัดตรวจวัดความเข้มแสงใช้เครื่องมือวัดแสง (Lux Meter) ที่ได้มาตรฐาน CIE 1931 หรือ ISO/CIE 10527 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดเป็นเครื่องมือประเภทอ่านค่าได้โดยตรง (Direct Reading) ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานกำหนดออกมาในรูปของความเข้มของแสงสว่าง (ปริมาณของแสงสว่างที่ตกกระทบลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่) เครื่องมือที่ใช้วัดจึงเป็นเครื่องมือวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือวัดระดับความเข้มของแสงสว่างชนิดที่ใช้ทำงานง่าย การบำรุงรักษาไม่ยาก เรียกว่า Portable Lux meter

4. ผู้รับผิดชอบ

- | | |
|------------------------------|--|
| 4.1 นายทรงกิจ จิตภักดีบัณฑิต | หัวหน้าแผนกสาธารณสุขโรคและสิ่งแวดล้อม |
| 4.2 นายยศพล ใบเหลือง | วิศวกรสิ่งแวดล้อม/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล |
| 4.3 นางสาวสิริฎา เรืองคำ | เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัดค่าความเข้มแสง |



5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน เพื่อเก็บข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ เช่น บริเวณหน้าเครื่องจักร โต๊ะทำงาน หรือบริเวณที่มีการส่องสว่างในการปฏิบัติงาน

5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1.2 บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด



6. แบบบันทึกการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

วันที่ 31 สิงหาคม 2564 เวลา 13.00-16.00 น.
สถานที่ปฏิบัติงาน อ.สวนพวยงิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ทำการตรวจวัด นางสาวสิริพญา เรืองคำ
เครื่องมือวัดเสียง Light Meter มีชื่อ Lutron รุ่น LX-105
หมายเลขเครื่องวัด: Q957299

ลำดับ	พื้นที่ตรวจวัด	ผลการตรวจวัด (Lux)	หมายเหตุ
1	บริเวณหน้าเครื่องปรับอากาศ (เครื่อง 1-4)	580	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
2	ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ Clean room	923	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
3	ห้องอบไอน้ำไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	416	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
4	ห้องอบแก๊สออกซิเจนออกไซด์	485	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
5	ห้องเครื่องปรับอากาศ	985	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
6	โต๊ะแพทย์อุปกรณ์	1397	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
7	บริเวณยกแครวร้อนแห้ง	640	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
8	บริเวณเครื่องล้างอัลไมลิ	483	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
9	บริเวณเครื่องล้างถ้วยถ้วยความร้อน	690	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
10	บริเวณเครื่องล้างรถเข็น	618	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
11	บริเวณอ่างล้างมือ	1297	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน
12	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สำนักงาน	668	- ตรวจวัดขณะปฏิบัติงาน





7. ผลการตรวจวัดความเข้มแสง

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสง

อาคาร ทยชช

เครื่องมือในการตรวจวัด

แบบ แพรดจากเชื้อ (CSSD)

Light Meter (LT Lutron LX-105)

วันที่ตรวจวัด

31 สิงหาคม 2564

ผู้ตรวจวัด

นางสาวณิชา เบ็ญจักษ์

ลำดับ	ชั้น	แผนผังหน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		สถานะการตรวจวัด	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน้าห้องย้อมผ้า (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	ห้องเชื่อมกับอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	ห้องแยกผ้าโกลดจากเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	ห้องแยกผ้าโกลดจากเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	ห้องเชื่อมกับอุปกรณ์	≥ 300	985	ผ่าน	มีแสงรบกวนจากภายนอก
6	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	โถงเชื่อมกับอุปกรณ์	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 300	1297	ผ่าน	มีแสงรบกวนจากภายนอก
12	2	แพรดจากเชื้อ (CSSD)	โถงเชื่อมกับเครื่องย้อมผ้า	≥ 600	668	ผ่าน	

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ ...

นางสาวณิชา เบ็ญจักษ์

(นางสาวณิชา เบ็ญจักษ์)

ผู้ตรวจวัด

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ ...

นายแพทย์ อนุสรณ์

(นายแพทย์ อนุสรณ์)

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ ...

นายแพทย์ อนุสรณ์

(นายแพทย์ อนุสรณ์)

ผู้ตรวจวัด

หัวหน้าแผนกสาธารณสุข โรงพยาบาลสุรนารี

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)

ตารางที่ ก.1 การระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน
(ที่ให้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)*

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 การระดับเสียง (L) ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน
(ที่ให้มีการคำนวณแจกแจงขยายเพิ่มเติม)*

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 194 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



RION Supplied Accessories < 1 / 1 >			
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

M. Hidelaka

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 Higeshimotomachi, 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.

HRC11030502





รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน
ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ
และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย

หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี
111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ข
1. วัตถุประสงค์	1
2. นิยามศัพท์	1
3. เครื่องมือ	1
4. ผู้รับผิดชอบ	1
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง	2
5.1. การสำรวจพื้นที่	2
5.2. การตรวจวัด	2
5.3. การประเมินผลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงาน (TWA)	3
6. ผลการตรวจวัดระดับเสียง	

เอกสารแนบ



สารบัญ ก

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่	สารบัญชาราย	หน้า
ตารางที่ 1	มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน	3
ตารางที่ 2	ผลตรวจวิเคราะห์ระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	5



สารบัญช

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายงาน การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อตรวจวัดระดับเสียงและสามารถวิเคราะห์ระดับเสียงในสภาพแวดล้อมการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสียงที่เหมาะสมในการทำงาน
- 1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการได้ยิน

2. นิยามศัพท์

- 2.1. ระดับเสียงโดยทั่วไป หมายถึง ระดับเสียงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปเป็นเสียงจากหลายแหล่งกำเนิดรวมกัน ไม่มีแหล่งกำเนิดเสียงใดเสียงหนึ่งเป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่เด่นชัดออกมา
- 2.2. ค่าระดับเสียงสูงสุด (L_{max}) หมายถึง ค่าระดับเสียงสูงสุดที่เกิดขึ้น ขณะหนึ่งในระหว่างการตรวจวัดระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.3. ค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ($L_{eq,24h}$) หมายถึงค่าระดับเสียงคงที่ ที่มีพลังงานเทียบเท่ากับระดับเสียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีระดับเสียงเปลี่ยนแปลงตามเวลาในช่วง 24 ชั่วโมง โดยมีหน่วยเป็น เดซิเบลเอ หรือ dB(A)
- 2.4. TWA (Time Weighted Average) ค่าเฉลี่ยระดับความดังเสียงตลอดระยะเวลาการรับวัดเสียง

3. เครื่องมือ

- 3.1. เครื่องวัดระดับเสียง (Sound Level Meter)
(มาตรฐาน IEC 651 Type 2 หรือ ANSI S 1.4 หรือ BS EN 60651 หรือ 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. พ้องภาวโรสม (Wind Screen)
- 3.4. ขาตั้ง (Tripod)

4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1. นางสาวศรัณญา อุทัยมา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.2. นางสาวศุภาวรรณ บุญบำรุงณ์ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.3. นายสุกฤษฎี ปะดัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล



หน้าที่ 1

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดเสียง

5.1. การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงานของสถานประกอบกิจการทั้งหมด เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนบันทึกข้อมูลบริเวณทำงานโดยที่มีผู้ปฏิบัติงานอาจได้รับหรือสัมผัสเสียงดัง เสียงดังที่เกิดขึ้นมีลักษณะแบบใด และระยะเวลาที่รับหรือสัมผัสเสียงนานเพียงใด

5.1.1 กำหนดจุดตรวจวัด

5.1.2 ตรวจสอบกิจกรรมหรือต้นกำเนิดเสียงที่มีเกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการตรวจวัด

5.2. การตรวจวัด

5.2.1 การเตรียมการก่อนการตรวจวัดเสียง

5.2.1.1 ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องวัดเสียง

5.2.1.2 ปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดเสียงด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง

(Noise Calibration)

5.2.1.3 จัดเตรียมแบบฟอร์มบันทึกการตรวจวัดเสียง แผนผังจุดตรวจวัด

5.2.2 เทคนิคการวัดความดังเสียงและสปีทึนที่ใดพื้นที่หนึ่งซึ่งมีระดับเสียงคงที่

5.2.2.1 ใช้เครื่องมือวัดระดับความดังของเสียง (Sound Level Meter) ดังต่อไปนี้

- a) ตั้งค่าย หรือสเกล เอ: dBA
- b) การตอบสนองแบบช้า (Slow)
- c) ตั้งช่วงการตรวจวัดไว้ที่ค่าสูง
- d) สวมฟองน้ำกันลม (Wind Screen)
- e) ตั้งปุ่มการทำงานอื่น ๆ ตามคู่มือการใช้งานของบริษัทผู้ผลิต

5.2.2.2 ตรวจวัดการได้รับ/สัมผัสเสียงของพนักงาน โดยให้ไมโครโฟนของเครื่องวัดเสียงอยู่ที่ระดับหูของพนักงานที่กำลังปฏิบัติงาน ใช้ไมโนเกิน 30 เซนติเมตร การถือเครื่องวัดเสียงของผู้วัด ที่จะวัดการดูดซับหรือสะท้อนของเสียงเนื่องจากตัวผู้วัด หรือพิจารณาใช้เครื่องวัดเสียงติดตั้งบนขาตั้ง (Tripod) แทนการถือโดยผู้ตรวจวัด

5.2.2.3 อ่านค่าระดับเสียง และระยะเวลาที่สัมผัสเสียงของพนักงานในแต่ละบริเวณการทำงาน และบันทึกผล รวมทั้งบันทึกปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.2.2.4 นำค่า TWA ที่ตรวจวัดได้ (พิเศษหากมีมอดอก นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ตามตารางในกฎกระทรวงสุขภาพกรม พรมวศ 3 เสียง (ตารางที่ 1)



หน้า ที่ 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5.3. การประเมินผลเปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA)

ตารางที่ 1 มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับตลอดเวลากการทำงานในแต่ละวัน

ระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA)	เวลากการทำงานที่ได้รับเสียงต่อวัน*	
	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
107	-	3
108	-	2.5
109	-	2
110	-	1.5
111	-	1

หมายเหตุ : * ระยะเวลาในการทำงานที่ได้รับเสียงและระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากการทำงาน (TWA) ให้ใช้ค่ามาตรฐานที่กำหนดในตารางข้างต้นเป็นอันดับแรก หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดตามตารางให้คำนวณจากสูตร

ที่มา : ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องแรงงาน เวียง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยต่อระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน



หน้า ที่ 3



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หากไม่มีค่ามาตรฐานที่กำหนดตรงตามตาราง ให้คำนวณจากสูตร

$$T = \frac{L}{2 (0.85)^N}$$

เมื่อ T = เวลาการทำงานที่ยอมให้ได้รับเสียง (ชั่วโมง)

L = ระดับเสียง (dBA)

ในกรณีที่ค่าระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลากว่าค่า (TWA) ที่ได้จากการคำนวณมีเกณฑ์นิยมให้ตัด
ทศนิยมออก

6. ผลการตรวจวัดระดับเสียง

ผลการวิเคราะห์ระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน ของโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพและ
โครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 5 จุด
ได้แก่ 1.ห้องซักผ้า อาคารพยาบาล ชั้น 1 2.ห้องจ่ายกลาง อาคารพยาบาล ชั้น 2 3.ห้องล้างภาชนะ อาคาร
โภชนาการ 4.ห้องทำฟัน อาคารสิรินธรทันตแพทย์ และ 5.ห้อง Chiller เก็บตัวอย่างระดับเสียง ในวันที่ 16
มกราคม 2566 ค่าระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงานของทุกจุดตรวจวัดมีค่าเป็นไปตามประกาศกรมสวัสดิการและ
คุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงานในแต่ละวัน ผล
การตรวจวัดแสดงดังตารางที่ 2



หน้า 4

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล การตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน

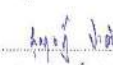
สถานที่ : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วัน/เดือน/ปี : 16 มกราคม 2566 เวลาที่สำรวจ : 08.30 - 16.30 น.
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฎี ปะดัง ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : BSWA 309 Octave

ตารางที่ 2 ผลตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี


บริเวณที่ตรวจวัด	ระดับเสียงที่วัดได้ (เดซิเบลเอ)	ระยะเวลาการ ทำงาน (ชั่วโมง)	TWA ไม่เกิน (เดซิเบลเอ)	เทียบมาตรฐาน ¹
1.ห้องซักผ้า อาคารพยาบาล ชั้น 1	70.3	8	85	ผ่าน
2.ห้องจ่ายกลาง อาคารพยาบาล ชั้น 2	68.9	8	85	ผ่าน
3.ห้องล้างภาชนะ อาคารโภชนาการ	73.2	8	85	ผ่าน
4.ห้องทำฟัน อาคารสิรินธรทันตแพทย์	62.0	8	85	ผ่าน
5.ห้อง Chiller	85.4	1	90	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลา
การทำงานในแต่ละวัน

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ 
(นายสุกฤษฎี ปะดัง)
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ 
(นางสาวสุวิญญา สุโขมา)
นักวิชาการสาธารณสุข
แผนกเวชระเบียน

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ 
(นางสาวณัฏฐพร นุชนวรัตน์)
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย
แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย



หน้า 5



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ 1

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลา
การทำงานในแต่ละวัน



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๑๕
เล่ม ๑๑๕ ตอนพิเศษ ๑๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ถูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้นายจ้างต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน มิให้เกินมาตรฐานตามที่อธิบดีประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๙ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๓ นายจ้างต้องควบคุมระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน (Time Weighted Average-TWA) มิให้เกินมาตรฐานตามตารางแนบท้ายประกาศ โดยนายจ้างระดับเสียงดังที่ใช้ในประกาศนี้ใช้หน่วยเป็น เดซิเบลเอ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
อนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง รักษาราชการแทน
อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน



เอกสารแนบ 1 - 1

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(ตารางแนบท้ายประกาศ)

การหามาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ถูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน

ระดับเสียงที่อนุญาตการทำงาน (TWA)	ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับอนุญาต*	
	ชั่วโมง	นาที
๘๕	๘๐	-
๘๖	๗๖	๕๖
๘๗	๗๒	๕๒
๘๘	๖๘	๔๘
๘๙	๖๔	๔๔
๙๐	๖๐	๔๐
๙๑	๕๖	๓๖
๙๒	๕๒	๓๒
๙๓	๔๘	๒๘
๙๔	๔๔	๒๔
๙๕	๔๐	๒๐
๙๖	๓๖	๑๖
๙๗	๓๒	๑๒
๙๘	๒๘	๘
๙๙	๒๔	๖
๑๐๐	๒๐	๔
๑๐๑	๑๖	๓
๑๐๒	๑๔	๒
๑๐๓	๑๒	๑
๑๐๔	๑๐	๐
๑๐๕	๘	๐
๑๐๖	๖	๐
๑๐๗	๕	๐
๑๐๘	๔	๐
๑๐๙	๓	๐
๑๑๐	๒	๐
๑๑๑	๑	๐
๑๑๒	๐	๐

หมายเหตุ * ระยะเวลาการทำงานที่ได้รับอนุญาตเฉลี่ยเป็นเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน (TWA) ไม่ใช่ค่ามาตรฐาน มีค่าอยู่ในตารางข้างต้นเป็นลำดับแรก หากไม่มีค่ามาตรฐานมีค่าตามตารางข้างต้นให้คำนวณจากสูตรดังนี้

$$T = \frac{L}{1.5^{(T-85)/5}}$$

เมื่อ T หมายถึง เวลาการทำงานที่ยอมให้ได้รับเสียง (ชั่วโมง)

L หมายถึง ระดับเสียง (เดซิเบลเอ)

ในการนี้ค่าระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน (TWA) ที่คำนวณค่าตามนิพจน์นี้มิได้คิดลดนิพจน์



เอกสารแนบ 1 - 2



ภาคผนวก ค-7

ผลการตรวจแสงสว่างและความเข้มแสง



ผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายการ ตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง
อาคาร พหุ
เครื่องมือในการตรวจวัด

แบบ ปาฟจากเชื้อ (CSSD) วันที่ตรวจวัด 31 สิงหาคม 2564 ผู้ตรวจวัด นายศุภเดช ไนเรือง
Light Meter (L.T. Lutron LX-105)

ลำดับ	ชั้น	แผนกหน่วยงาน	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		สถานะ การตรวจวัด	หมายเหตุ
				มาตรฐาน	ผลการตรวจวัด		
1	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณหน้าเครื่องซักผ้า (เครื่อง 1-4)	≥ 300	580	ผ่าน	
2	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องซักผ้าอุปกรณ์ Clean room	≥ 300	923	ผ่าน	
3	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องผสมสีโกลด์เนมเบร็คโกลด์	≥ 300	416	ผ่าน	
4	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องอบโกลด์โกลด์	≥ 300	485	ผ่าน	
5	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	ห้องเครื่องอบน้ำ	≥ 300	985	ผ่าน	เป็นแสงธรรมชาติจากภายนอก
6	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	โถยึ่งเพื่ออุปกรณ์	≥ 1000	1397	ผ่าน	
7	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอบความร้อนแห้ง	≥ 300	640	ผ่าน	
8	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างอัตโนมัติ	≥ 300	483	ผ่าน	
9	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างฟัก ยืดด้วยความร้อน	≥ 300	690	ผ่าน	
10	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณเครื่องล้างเย็น	≥ 300	618	ผ่าน	
11	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	บริเวณอ่างล้างมือ	≥ 300	1297	ผ่าน	เป็นแสงธรรมชาติจากภายนอก
12	2	ปศจากเชื้อ (CSSD)	โต๊ะปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ล้างจาน	≥ 600	668	ผ่าน	



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน
การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม

โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ

และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 0-4437-6555



จัดทำโดย

หน่วยวิจัยและที่ปรึกษาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุรนารี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 0-4422-4451 โทรสาร 0-4422-4220



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
สารบัญ		ก
สารบัญตาราง		ข
1. วัตถุประสงค์		1
2. นิยามศัพท์		1
3. เครื่องมือ		1
4. ผู้รับผิดชอบ		1
5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง		2
5.1 การสำรวจพื้นที่		2
6. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง		2
เอกสารแนบ		



สารบัญ ก

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่	สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาล โรงพยาบาลสมทบวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	3
ตารางที่ 2	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสัณฐานทัศน์พัฒนา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	5
ตารางที่ 3	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	6
ตารางที่ 4	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิ่งแวดล้อมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	7
ตารางที่ 5	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารดินเวชพัฒนา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	8
ตารางที่ 6	ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารโสตศอนาสิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	16



สารบัญ ข



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายงาน
การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน
การตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อตรวจวัดความเข้มแสงสว่างและสามารถวิเคราะห์หาความเข้มแสงสว่างในสภาพแวดล้อมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตรวจวัด และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของระดับเสี่ยงที่เฝ้าระวังในการทำงาน
- 1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน และลดผลกระทบต่อสุขภาพและการมองเห็น

2. นิยามศัพท์

2.1 ฟลักซ์ของแสง (Luminous Flux, F)

ฟลักซ์ หมายถึง ปริมาณของแสงสว่างที่ผ่านพื้นที่หนึ่ง ๆ ในเวลา 1 วินาที หน่วยเป็น ลูเมน (Lumens)

2.2 ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง (Illuminance, E) ปริมาณของการส่องสว่าง หรือความเข้มของการส่องสว่าง หมายถึง ฟลักซ์ของแสง (ปริมาณของแสงสว่าง) ที่ตกกระทบต่อหน่วยพื้นที่ที่กำหนด ในกรณีนี้พื้นที่นั้นมีหน่วยเป็น ตารางฟุต หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางฟุต หรือฟุต-เทียน ในกรณีนี้พื้นที่ที่มีหน่วยเป็นตารางเมตร หน่วยวัดคือ ลูเมน/ตารางเมตร หรือลักซ์ โดยที่ 1 ฟุต-เทียน มีค่าประมาณ 10.76 ลักซ์

3. เครื่องมือ

เครื่องมือวัดตรวจวัดค่าความเข้มแสงใช้เครื่องวัดแสง (Lux Meter) ที่ได้มาตรฐาน CIE 1931 หรือ ISO/CIE 10527 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดเป็นเครื่องมือประมาณค่าได้โดยตรง (Direct Reading) ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานกำหนดออกมาในรูปของความเข้มของแสงสว่าง (ปริมาณของแสงสว่างที่ตกกระทบลงบนหนึ่งหน่วยพื้นที่) เครื่องมือที่ใช้วัดจึงเป็นเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่าง ในพื้นที่จะกล่าวถึงเครื่องวัดระดับความเข้มของแสงสว่างชนิดที่ใช้งานง่าย การบำรุงรักษาไม่ยาก เรียกว่า Portable Lux meter

4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1. นางสาวศรีวิภา อู้อย่าง เจ้าหน้าทีความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.2. นางสาวศุภาวรรณ บุญนำรัตน์ เจ้าหน้าทีความปลอดภัย แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- 4.3. นายสุกฤษฏ์ ปะดัง เจ้าหน้าทีปฏิบัติงานตรวจวัด/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล



หน้าที 1

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5. วิธีปฏิบัติงานการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1 การสำรวจพื้นที่

สำรวจพื้นที่ทำงาน เพื่อเก็บข้อมูลบริเวณทำงานใดที่มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น บริเวณหน้าเครื่องจักร โต๊ะทำงาน หรือบริเวณที่มีการต้องการแสงสว่างในการปฏิบัติงาน

5.1.1. กำหนดจุดตรวจวัดค่าความเข้มแสง

5.1.2. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตรวจวัด

6. ผลการตรวจวัดค่าความเข้มแสง

ผลการวิเคราะห์ค่าความเข้มแสง ของโครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 6 อาคาร ได้แก่ อาคารพยาบาล อาคารสิรินธรทันตแพทย์ อาคารรังสีวินิจฉัย อาคารสร้างเสริมสุขภาพ อาคารรัตนเวชพัฒนา และอาคารโภชนาการ เก็บตัวอย่างค่าความเข้มแสงในวันที่ 17 มกราคม 2566 ค่าความเข้มแสงในทุกจุดตรวจวัดส่วนใหญ่มีค่าเป็นไปตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง ผลการตรวจวัดแสดงดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 6



หน้าที 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารวิทยบริการ.....วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....

ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฏ์ ปะลัง.....ชื่อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 1 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
			มาตรฐาน	
1	อาคารวิทยบริการ ชั้น 1 ห้องรวมบริการ			
1.1	ห้องสำนักงาน ห้องทำงาน	582	400-500	ผ่าน
1.2	ห้องสำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 1	539	400-500	ผ่าน
1.3	ห้องสำนักงาน ห้องคอมพิวเตอร์ 2	558	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องรับตัว ห้องลิฟต์ 1	513	150	ผ่าน
1.5	ห้องรับตัว ห้องลิฟต์ 2	566	150	ผ่าน
1.6	ห้องรับตัว ห้องทำงาน 1	660	150	ผ่าน
1.7	ห้องรับตัว ห้องทำงาน 2	490	150	ผ่าน
1.8	ห้องรับตัว ห้องทำงาน 3	707	150	ผ่าน
1.9	โถงลิฟต์จากเคีอัส	551	150	ผ่าน
1.10	โถงลิฟต์จาก เคียตัม 1	528	150	ผ่าน
1.11	โถงลิฟต์จาก เคียตัม 2	560	150	ผ่าน
1.12	โถงลิฟต์จาก เคียตัม 3	533	150	ผ่าน
1.13	โถงลิฟต์ เคียตัม 1	411	150	ผ่าน
1.14	โถงลิฟต์ เคียตัม 2	344	150	ผ่าน
1.15	โถงลิฟต์ เคียตัม 3	344	150	ผ่าน
1.16	โถงลิฟต์ เคียตัม 4	316	150	ผ่าน
2	อาคารวิทยบริการ ชั้น 2 CSSD			
2.1	โถงทำงาน 1	1434	400-500	ผ่าน
2.2	โถงทำงาน 2	1333	400-500	ผ่าน
2.3	โถงทำงาน 3	1020	400-500	ผ่าน
2.4	โถงทำงาน 4	1613	400-500	ผ่าน
2.5	โถงทำงาน 5	954	400-500	ผ่าน
2.6	โถงลิฟต์จาก เคียตัม	684	50	ผ่าน
2.7	โถงเคียตัม 1	709	50	ผ่าน
2.8	โถงเคียตัม 2	452	50	ผ่าน
2.9	โถงเคียตัม 3	632	50	ผ่าน
2.10	โถงลิฟต์จาก เคียตัม	611	50	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
			มาตรฐาน	
2.11	โถงเคียตัม 4	654	400-500	ผ่าน
2.12	โถงเคียตัม 5	478	400-500	ผ่าน
2.13	โถงลิฟต์ 1	3433	400-500	ผ่าน
2.14	โถงลิฟต์ 2	2910	400-500	ผ่าน
2.15	โถงลิฟต์ 3	434	400-500	ผ่าน
2.16	โถงลิฟต์ 4	379	400-500	ไม่ผ่าน
2.17	โถงลิฟต์ 5	426	400-500	ผ่าน
2.18	โถงลิฟต์ 6	258	50	ผ่าน
2.19	โถงลิฟต์ 7	232	400-500	ไม่ผ่าน
3	อาคารวิทยบริการ ชั้น 3 ห้องปฏิบัติการพยาบาล			
3.1	โถงปฏิบัติการ ห้องทำงาน	495	400-500	ผ่าน
3.2	โถงปฏิบัติการ ห้องคอมพิวเตอร์	276	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 1	267	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 2	419	400-500	ไม่ผ่าน
3.5	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 3	336	400-500	ไม่ผ่าน
3.6	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 4	336	400-500	ไม่ผ่าน
3.7	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 5	372	400-500	ไม่ผ่าน
3.8	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 6	185	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	โถง Central Lab ห้องคอมพิวเตอร์ 7	238	400-500	ไม่ผ่าน
3.10	โถง Central Lab ห้องทำงาน 1	355	400-500	ไม่ผ่าน
3.11	โถง Central Lab ห้องทำงาน 2	393	400-500	ไม่ผ่าน
3.12	โถงเคียตัม 1	715	150	ผ่าน
3.13	โถง Tissue process	613	150	ผ่าน
3.14	โถง Covid	380	150	ผ่าน
3.15	โถง Covid ห้องคอมพิวเตอร์	520	400-500	ผ่าน
3.16	โถง Covid ห้องทำงาน	287	400-500	ผ่าน
3.17	โถงปฏิบัติการชีววิทยา	517	150	ผ่าน
3.18	โถง Pre-Molecular ห้องทำงาน	347	400-500	ไม่ผ่าน
3.19	โถงเคียตัม 2	615	400-500	ผ่าน
3.20	โถงเคียตัม 3	444	400-500	ผ่าน
3.21	โถงเคียตัม 4	432	150	ผ่าน
3.22	โถงเคียตัม 5	685	150	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน..... วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ ปะดัง..... ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 2 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
1	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 1			
1.1	counter เვระเบิน ไดคอปฟิวเจอร์	930	400-500	ผ่าน
1.2	counter การกิน ไดคอปฟิวเจอร์	656	400-500	ผ่าน
1.3	ห้อง X-ray 4 ไดคอปฟิวเจอร์	750	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องตรวจ ไดคอปฟิวเจอร์ 1	535	400-500	ผ่าน
1.5	ห้องตรวจ ไดคอปฟิวเจอร์ 2	602	400-500	ผ่าน
1.6	ห้องตรวจ ไดคอปฟิวเจอร์ 3	328	400-500	ผ่าน
1.7	ห้องตรวจ ไดคอปฟิวเจอร์ 4	423	400-500	ผ่าน
1.8	ห้องตรวจ ไดคอปฟิวเจอร์ 5	345	400-500	ไม่ผ่าน
1.9	ห้องทำแบบแปลนและถ่ายภาพรังสีโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์	453	400-500	ผ่าน
2	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 2			
2.1	counter เวระเบิน ไดคอปฟิวเจอร์	552	400-500	ผ่าน
2.2	ห้องพยาบาลแผนก	373	130	ผ่าน
2.3	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 2 ไดคอปฟิวเจอร์ 1	383	400-500	ไม่ผ่าน
2.4	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 2 ไดคอปฟิวเจอร์ 2	219	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 2 ไดคอปฟิวเจอร์ 3	440	400-500	ผ่าน
2.6	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 2 ไดคอปฟิวเจอร์ 4	417	400-500	ผ่าน
2.7	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 2 ไดคอปฟิวเจอร์ 5	414	400-500	ผ่าน
2.8	โถงทำฟัน 1	477	400-500	ผ่าน
2.9	โถงทำฟัน 2	452	400-500	ผ่าน
3	อาคารสิรินธรชั้นใต้ดิน ชั้น 3			
3.1	counter เวระเบิน ไดคอปฟิวเจอร์	580	400-500	ผ่าน
3.2	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 1	346	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 2	362	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 3	313	400-500	ผ่าน
3.5	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 4	999	400-500	ผ่าน
3.6	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 5	310	400-500	ผ่าน
3.7	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 โถงทำฟัน 6	375	400-500	ผ่าน
3.8	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 ไดคอปฟิวเจอร์ 1	296	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	คลินิกการวินิจฉัยการส่อง 3 ไดคอปฟิวเจอร์ 2	149	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 5

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารรังสีวินิจฉัย..... วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษณ์ ปะดัง..... ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 3 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
1	อาคารรังสีวินิจฉัย			
1.1	ไดคอปฟิวเจอร์ 1	290	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	ไดคอปฟิวเจอร์ 2	295	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์ 1	376	400-500	ไม่ผ่าน
1.4	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์ 2	293	400-500	ไม่ผ่าน
1.5	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์ 1	114	400-500	ไม่ผ่าน
1.6	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์ 2	117	400-500	ไม่ผ่าน
1.7	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์ 3	121	400-500	ไม่ผ่าน
1.8	ห้อง X-ray ตัวรับ ชั้นรังสีวินิจฉัย	482	130	ผ่าน
1.9	ห้องตรวจเอกซเรย์ทางรังสีรังสีวินิจฉัย	430	130	ผ่าน
1.10	ห้องตรวจ X-ray พิกเซล ชั้นรังสีวินิจฉัย	522	130	ผ่าน
1.11	ห้องเอกซเรย์ทางรังสีไดคอปฟิวเจอร์	216	400-500	ไม่ผ่าน
1.12	ห้อง X-ray computer (CT) ชั้นรังสีวินิจฉัย	430	400-500	ผ่าน
1.13	ห้องตรวจ MRI โถงทำฟัน 1	139	400-500	ไม่ผ่าน
1.14	ห้องตรวจ MRI โถงทำฟัน 2	136	400-500	ไม่ผ่าน
1.15	ห้องตรวจ MRI โถงทำฟัน 3	192	400-500	ไม่ผ่าน
1.16	ห้องเอกซเรย์ทางรังสี ชั้นรังสีวินิจฉัย	440	130	ผ่าน
1.17	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 1	262	400-500	ไม่ผ่าน
1.18	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 2	198	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	ห้องรังสีวิทยา	239	130	ผ่าน
1.20	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 1	305	400-500	ไม่ผ่าน
1.21	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 2	324	400-500	ไม่ผ่าน
1.22	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 3	362	400-500	ไม่ผ่าน
1.23	ห้องรังสีวิทยาไดคอปฟิวเจอร์ 4	368	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 6

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารสร้างเสริมสุขภาพ.....วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฏ์ ปะดัง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 4 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
1	อาคารสร้างเสริมสุขภาพ บริเวณ ลจ ชั้น 1			
1.1	ห้องภาพสีน 1	269	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	พื้นที่ห้องภาพ 4	152	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	ห้องภาพ 4	317	400-500	ไม่ผ่าน
1.4	ห้องตรวจฟัน	235	400-500	ไม่ผ่าน
1.5	จุดติดตั้งกล้องถ่ายภาพ	245	400-500	ไม่ผ่าน
1.6	คลินิกทันตกรรม	199	400-500	ไม่ผ่าน
1.7	คลินิกทันตกรรม	412	400-500	ผ่าน
1.8	คลินิกทันตกรรม	338	400-500	ผ่าน
1.9	ห้องยา	346	400-500	ไม่ผ่าน
1.10	ห้องตรวจฟัน	345	400-500	ไม่ผ่าน
1.11	ห้องตรวจฟัน	455	400-500	ผ่าน
1.12	พื้นที่ห้องภาพ 5	77	400-500	ไม่ผ่าน
2	อาคารสร้างเสริมสุขภาพ บริเวณ A/B ชั้น 2			
2.1	โถงทางเดิน	411	400-500	ผ่าน
2.2	โถงทางเดิน	403	400-500	ผ่าน
2.3	โถงทางเดิน	411	400-500	ผ่าน
2.4	โถงทางเดิน	555	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	โถงทางเดิน	457	400-500	ผ่าน
2.6	โถงทางเดิน	333	400-500	ไม่ผ่าน
2.7	โถงทางเดิน	460	400-500	ผ่าน
2.8	โถงทางเดิน	377	400-500	ไม่ผ่าน
2.9	โถงทางเดิน	274	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 7

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารสร้างเสริมสุขภาพ.....วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....
ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฏ์ ปะดัง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 5 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารเรียน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
1	อาคารเรียนชั้น 1			
1.1	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	299	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	443	400-500	ผ่าน
1.3	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	303	400-500	ผ่าน
1.4	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	368	400-500	ผ่าน
1.5	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	466	400-500	ผ่าน
1.6	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	664	400-500	ผ่าน
1.7	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	403	400-500	ผ่าน
1.8	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	497	400-500	ผ่าน
1.9	ห้องเรียนและคอมพิวเตอร์	328	400-500	ผ่าน
1.10	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	232	400-500	ไม่ผ่าน
1.11	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	368	400-500	ไม่ผ่าน
1.12	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	148	400-500	ไม่ผ่าน
1.13	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	368	400-500	ไม่ผ่าน
1.14	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	179	400-500	ไม่ผ่าน
1.15	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	494	400-500	ผ่าน
1.16	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	478	400-500	ผ่าน
1.17	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	487	400-500	ผ่าน
1.18	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	372	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	391	400-500	ไม่ผ่าน
1.20	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	264	400-500	ไม่ผ่าน
1.21	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	173	400-500	ไม่ผ่าน
1.22	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	141	400-500	ไม่ผ่าน
1.23	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	250	400-500	ไม่ผ่าน
1.24	อาคารเรียนและคอมพิวเตอร์	245	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มแสงแสงสว่าง



หน้าที่ 8

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัศมีเขตพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
2	อาคารเรียนที่พัก ชั้น 1			
2.1	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	334	400-500	ไม่ผ่าน
2.2	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	339	400-500	ไม่ผ่าน
2.3	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	335	400-500	ไม่ผ่าน
2.4	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	280	400-500	ไม่ผ่าน
2.5	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	529	400-500	ไม่ผ่าน
2.6	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	179	400-500	ไม่ผ่าน
2.7	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	334	400-500	ไม่ผ่าน
2.8	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	417	400-500	ผ่าน
2.9	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	178	400-500	ไม่ผ่าน
2.10	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	309	400-500	ไม่ผ่าน
2.11	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	321	400-500	ไม่ผ่าน
2.12	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	309	400-500	ไม่ผ่าน
2.13	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	275	400-500	ไม่ผ่าน
2.14	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	197	400-500	ไม่ผ่าน
2.15	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	275	400-500	ไม่ผ่าน
2.16	ห้องพักรับรองและรถจักรยานยนต์	230	400-500	ไม่ผ่าน
2.17	รถจักรยานยนต์	476	400-500	ผ่าน
2.18	รถจักรยานยนต์	332	400-500	ผ่าน
2.19	รถจักรยานยนต์	349	400-500	ผ่าน
2.20	รถจักรยานยนต์	439	400-500	ผ่าน
2.21	รถจักรยานยนต์	305	400-500	ไม่ผ่าน
2.22	รถจักรยานยนต์	508	400-500	ผ่าน
2.23	รถจักรยานยนต์	363	400-500	ไม่ผ่าน
2.24	รถจักรยานยนต์	341	400-500	ไม่ผ่าน
2.25	จุดจอดรถจักรยานยนต์	434	400-500	ผ่าน
2.26	จุดจอดรถจักรยานยนต์	585	400-500	ผ่าน
2.27	ห้องพักรับรอง	795	400-500	ผ่าน
2.28	ห้องพักรับรอง	900	400-500	ผ่าน
2.29	ห้องพักรับรอง	834	400-500	ผ่าน
2.30	ห้องพักรับรอง	318	400-500	ไม่ผ่าน
2.31	ห้องพักรับรอง	386	400-500	ไม่ผ่าน
2.32	ห้องพักรับรอง	389	400-500	ไม่ผ่าน
2.33	ห้องพักรับรอง	238	400-500	ไม่ผ่าน
2.34	ห้องพักรับรอง	118	400-500	ไม่ผ่าน
2.35	ห้องพักรับรอง	334	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัศมีเขตพื้นที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบ
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ^{1/}	
2.36	ห้องพักรับรอง	283	400-500	ไม่ผ่าน
2.37	ห้องพักรับรอง	306	400-500	ไม่ผ่าน
2.38	ห้องพักรับรอง	278	400-500	ไม่ผ่าน
2.39	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	103	400-500	ไม่ผ่าน
2.40	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	177	400-500	ไม่ผ่าน
2.41	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	113	400-500	ไม่ผ่าน
2.42	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	116	400-500	ไม่ผ่าน
2.43	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	188	400-500	ไม่ผ่าน
2.44	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	211	400-500	ไม่ผ่าน
2.45	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	215	400-500	ไม่ผ่าน
2.46	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	331	400-500	ไม่ผ่าน
2.47	ห้องพักรับรอง	436	400-500	ผ่าน
2.48	ห้องพักรับรอง	379	400-500	ไม่ผ่าน
2.49	ห้องพักรับรอง	357	400-500	ไม่ผ่าน
2.50	ห้องพักรับรอง	92	400-500	ไม่ผ่าน
3	อาคารเรียนที่พัก ชั้น 2			
3.1	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	237	400-500	ไม่ผ่าน
3.2	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	218	400-500	ไม่ผ่าน
3.3	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	145	400-500	ไม่ผ่าน
3.4	ห้องพักรับรอง	211	400-500	ไม่ผ่าน
3.5	ห้องพักรับรอง	335	400-500	ไม่ผ่าน
3.6	ห้องพักรับรอง	138	400-500	ไม่ผ่าน
3.7	ห้องพักรับรอง	85	400-500	ไม่ผ่าน
3.8	ห้องพักรับรอง	115	400-500	ไม่ผ่าน
3.9	คณบดีและรองคณบดีและคณาจารย์และบุคลากร	700	400-500	ไม่ผ่าน
3.10	คณบดีและรองคณบดีและคณาจารย์และบุคลากร	130	400-500	ไม่ผ่าน
3.11	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	268	400-500	ไม่ผ่าน
3.12	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	465	400-500	ไม่ผ่าน
3.13	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	142	400-500	ไม่ผ่าน
3.14	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	468	400-500	ผ่าน
3.15	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	335	400-500	ไม่ผ่าน
3.16	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	399	400-500	ไม่ผ่าน
3.17	ห้องปฏิบัติการและรถจักรยานยนต์	489	400-500	ผ่าน
3.18	คณบดีและรองคณบดีและคณาจารย์และบุคลากร	230	400-500	ไม่ผ่าน
3.19	คณบดีและรองคณบดีและคณาจารย์และบุคลากร	277	400-500	ไม่ผ่าน
3.20	แผนกต้อนรับและรถจักรยานยนต์	195	120	ผ่าน

หมายเหตุ : ^{1/}ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัตนเวฬุพัฒน์ โรงพยาบาลสมทวิทย์วิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่สำรวจ	ระดับความเข้มงวดหลัก (Lux)		ผลการเทียบ มาตรฐาน
		หลังการตรวจวัด	เทียบกับมาตรฐาน	
3.21	แผนกฝึกอบรม ห้องเรียน 2	130	150	ผ่าน
3.22	แผนกฝึกอบรม ห้องเรียน 1	222	400-500	ไม่ผ่าน
3.23	แผนกฝึกอบรม ห้องเรียน 3	208	400-500	ไม่ผ่าน
3.24	แผนกฝึกอบรม ห้องเรียน 3	140	400-500	ไม่ผ่าน
3.25	แผนกฝึกอบรม ห้องเรียน 4	165	400-500	ไม่ผ่าน
4	อาคารใต้ดินพื้นที่อื่น ๆ			
4.1	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 1	697	400-500	ผ่าน
4.2	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 2	358	400-500	ผ่าน
4.3	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 3	742	400-500	ผ่าน
4.4	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 4	763	400-500	ผ่าน
4.5	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 5	843	400-500	ผ่าน
4.6	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 6	667	400-500	ผ่าน
4.7	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 7	733	400-500	ผ่าน
4.8	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 8	827	400-500	ผ่าน
4.9	แผนกฝึกอบรมแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ ห้องเรียน 9	811	400-500	ผ่าน
4.10	นิตยภัตแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ อาคาร 1	913	400-500	ผ่าน
4.11	นิตยภัตแผนกสุขภาพและความเป็นอยู่ อาคาร 2	378	400-500	ไม่ผ่าน
4.12	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 1	691	400-500	ผ่าน
4.13	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 2	730	400-500	ผ่าน
4.14	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 3	657	400-500	ผ่าน
4.15	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 4	690	400-500	ผ่าน
4.16	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 5	621	400-500	ผ่าน
4.17	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 6	683	400-500	ผ่าน
4.18	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 7	612	400-500	ผ่าน
4.19	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 8	851	400-500	ผ่าน
4.20	แผนกฝึกอบรมศูนย์/กองสนับสนุน ห้องเรียน 9	930	400-500	ผ่าน
4.21	สำนักงานเลขที่ 1	890	400-500	ผ่าน
4.22	สำนักงานเลขที่ 2	221	400-500	ไม่ผ่าน
4.23	สำนักงานเลขที่ 3	196	400-500	ไม่ผ่าน
4.24	สำนักงานเลขที่ 4	310	400-500	ไม่ผ่าน
4.25	สำนักงานเลขที่ 5	273	400-500	ไม่ผ่าน
4.26	สำนักงานเลขที่ 6	213	400-500	ไม่ผ่าน
4.27	สำนักงานเลขที่ 7	886	400-500	ผ่าน
4.28	สำนักงานเลขที่ 8	1612	400-500	ผ่าน
4.29	สำนักงานเลขที่ 9	1169	400-500	ผ่าน
4.30	ฝ่ายปฏิบัติการกองสนับสนุน ห้องเรียน 1	594	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : *ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความปลอดภัยของรถลาก



หน้า 11

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัตนเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

[illegible]

หมายเหตุ : *ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความปลอดภัยของสถานที่



หน้า 12



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัตนระพีพัฒน์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
5.6	ห้องตรวจแสง ไตคอน 2	502	400-500	ไม่ผ่าน
5.7	ห้องตรวจแสง ไตคอน 3	577	400-500	ไม่ผ่าน
5.8	ห้องตรวจแสง ไตคอน 4	254	400-500	ไม่ผ่าน
5.9	ห้องตรวจแสง ไตคอน 5	366	400-500	ไม่ผ่าน
5.10	ห้องตรวจแสง ไตคอน 6	367	400-500	ไม่ผ่าน
5.11	ห้องตรวจแสง ไตคอน 7	382	400-500	ไม่ผ่าน
5.12	ห้องตรวจแสง ไตคอน 8	381	400-500	ไม่ผ่าน
5.13	ห้องตรวจแสง ไตคอน 9	559	400-500	ไม่ผ่าน
5.14	ห้องตรวจแสง ไตคอน 10	162	400-500	ไม่ผ่าน
5.15	ห้องตรวจแสง ไตคอน 11	172	400-500	ไม่ผ่าน
5.16	ห้องตรวจแสง ไตคอน 12	216	400-500	ไม่ผ่าน
5.17	ห้องตรวจแสง ไตคอน 13	117	400-500	ไม่ผ่าน
5.18	ห้องตรวจแสง ไตคอน 14	111	400-500	ไม่ผ่าน
5.19	ห้องตรวจแสง ไตคอน 15	154	400-500	ไม่ผ่าน
5.20	ห้องตรวจแสง ไตคอน 16	349	400-500	ไม่ผ่าน
5.21	ห้องตรวจแสง ไตคอน 17	486	400-500	ผ่าน
5.22	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 1	247	400-500	ไม่ผ่าน
5.23	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 2	225	400-500	ไม่ผ่าน
5.24	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 3	561	400-500	ไม่ผ่าน
5.25	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 4	387	400-500	ไม่ผ่าน
5.26	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 5	463	400-500	ผ่าน
5.27	แผนกส่องกล้อง ไตคอน 6	247	400-500	ไม่ผ่าน
6	อาคารรัตนระพีพัฒน์ ชั้น 6			
6.1	ห้องตรวจแสง ไตคอน	410	400-500	ผ่าน
6.2	พื้นที่ห้องตรวจแสง ไตคอน 1	294	400-500	ไม่ผ่าน
6.3	พื้นที่ห้องตรวจแสง ไตคอน 2	485	400-500	ผ่าน
6.4	พื้นที่ห้องตรวจแสง ไตคอน 3	306	400-500	ไม่ผ่าน
6.5	พื้นที่ห้องตรวจแสง ไตคอน 4	314	400-500	ไม่ผ่าน
6.6	พื้นที่ห้องตรวจแสง ไตคอน 5	205	400-500	ไม่ผ่าน
7	อาคารรัตนระพีพัฒน์ ชั้น 7			
7.1	ห้องตรวจแสง ไตคอน	380	400-500	ไม่ผ่าน
7.2	ห้องตรวจแสง ไตคอน 1	239	400-500	ไม่ผ่าน
7.3	ห้องตรวจแสง ไตคอน 2	333	400-500	ไม่ผ่าน
7.4	ห้องตรวจแสง ไตคอน 3	274	400-500	ไม่ผ่าน
7.5	ห้องตรวจแสง ไตคอน 4	492	400-500	ผ่าน
7.6	ห้องตรวจแสง ไตคอน 5	520	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารรัตนระพีพัฒน์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
7.7	ห้องตรวจแสง ไตคอน 3	530	400-500	ผ่าน
7.8	ห้องตรวจแสง ไตคอน 4	557	400-500	ผ่าน
7.9	การฉีก 6 ไตคอน 1	454	400-500	ผ่าน
7.10	การฉีก 8 ไตคอน 2	396	400-500	ไม่ผ่าน
7.11	ชุดแพทย์ส่องกล้อง ไตคอน 1	401	400-500	ผ่าน
7.12	วิสัญญีแพทย์ ไตคอน 1	191	400-500	ไม่ผ่าน
7.13	รับผู้ป่วย ไตคอน	296	400-500	ไม่ผ่าน
7.14	ห้องตรวจแสง ไตคอน 1	287	400-500	ไม่ผ่าน
7.15	ห้องตรวจแสง ไตคอน 2	410	400-500	ผ่าน
7.16	ห้องตรวจแสง ไตคอน 3	372	400-500	ไม่ผ่าน
8	อาคารรัตนระพีพัฒน์ ชั้น 8			
8.1	การฉีก ไตคอน	135	400-500	ไม่ผ่าน
8.2	แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ไตคอน 1	451	400-500	ผ่าน
8.3	แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ไตคอน 2	167	400-500	ไม่ผ่าน
8.4	แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ไตคอน 3	201	400-500	ไม่ผ่าน
8.5	แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ไตคอน 4	173	400-500	ไม่ผ่าน
8.6	แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ไตคอน 5	178	400-500	ไม่ผ่าน
8.7	ห้องพยาบาลไตคอน 7	604	150	ผ่าน
8.8	ห้องพยาบาลไตคอน 7	132	400-500	ไม่ผ่าน
8.9	ห้องเก็บยาเวชภัณฑ์	148	50	ผ่าน
8.10	ห้องพักรักษาผู้ป่วย	181	150	ผ่าน
8.11	ห้องพยาบาลไตคอน 1	273	150	ผ่าน
8.12	ห้องพยาบาลไตคอน 2	204	150	ผ่าน
8.13	ห้องพยาบาลไตคอน 3	396	150	ผ่าน
8.14	ห้องพยาบาลไตคอน 4	333	150	ผ่าน
8.15	ห้องพยาบาลไตคอน 5	378	150	ผ่าน
8.16	ห้องพยาบาลไตคอน 6	325	150	ผ่าน
8.17	แผนกไตคอน ไตคอน 1	243	400-500	ไม่ผ่าน
8.18	แผนกไตคอน ไตคอน 2	269	400-500	ไม่ผ่าน
8.19	แผนกไตคอน ไตคอน 3	550	400-500	ผ่าน
8.20	แผนกไตคอน ไตคอน 4	448	400-500	ผ่าน
8.21	แผนกไตคอน ไตคอน 5	295	400-500	ไม่ผ่าน
8.22	แผนกไตคอน ไตคอน 6	306	400-500	ไม่ผ่าน
8.23	แผนกไตคอน ชั้นรับผู้ป่วย	550	400-500	ผ่าน
8.24	ห้องพยาบาลไตคอน	459	50	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารเรียนระดับชั้น โรงเรียนพยาบาลวิชาชีพเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
9	อาคารเรียนที่พักผ่อน ชั้น 9			
9.1	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 1	268	400-500	ไม่ผ่าน
9.2	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 2	312	400-500	ไม่ผ่าน
9.3	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 3	324	400-500	ไม่ผ่าน
9.4	คลินิกอายุ ห้องตรวจ 7	418	150	ผ่าน
9.5	คลินิกอายุ ห้องตรวจ 6	347	150	ผ่าน
9.6	คลินิกอายุ ห้องพยาบาล	606	400-500	ผ่าน
9.7	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 1	245	400-500	ไม่ผ่าน
9.8	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 2	344	400-500	ไม่ผ่าน
9.9	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 3	259	400-500	ไม่ผ่าน
9.10	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 4	290	400-500	ไม่ผ่าน
9.11	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 5	370	400-500	ไม่ผ่าน
9.12	คลินิกอายุ counter ห้องตรวจ	749	400-500	ผ่าน
10	อาคารเรียนที่พักผ่อน ชั้น 11			
10.1	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 1	232	400-500	ไม่ผ่าน
10.2	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 2	249	400-500	ไม่ผ่าน
10.3	คลินิกอายุ counter ห้องคอม 3	198	400-500	ไม่ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



หน้า ที่ 15

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การรายงานผล
การตรวจวัดระดับค่าความเข้มแสง

สถานที่ : อาคารเรียนอาคาร.....วัน/เดือน/ปี : 17.มกราคม 2565.....

ผู้ทำการสำรวจ : นายสุกฤษฎี ปะดัง.....ยี่ห้อ / รุ่น เครื่องมือ : Light Meter.....

ตารางที่ 6 ผลตรวจวิเคราะห์ค่าความเข้มแสงอาคารเรียนพยาบาล โรงเรียนพยาบาลวิชาชีพเทคโนโลยีสุรนารี

ลำดับที่	พื้นที่ตรวจวัด	ระดับความเข้มแสงสว่าง (Lux)		ผลการเทียบมาตรฐาน
		ผลการตรวจวัด	เทียบมาตรฐาน ¹	
1	อาคารเรียนอาคาร			
1.1	โถงจำนวน 1	390	400-500	ไม่ผ่าน
1.2	โถงจำนวน 2	393	400-500	ไม่ผ่าน
1.3	โถงจำนวน 3	487	400-500	ผ่าน
1.4	โถงจำนวน 4	340	400-500	ผ่าน
1.5	โถงจำนวน 5	322	400-500	ผ่าน
1.6	โถงคอมพิวเตอร์ 1	438	400-500	ผ่าน
1.7	โถงคอมพิวเตอร์ 2	453	400-500	ผ่าน
1.8	โถงคอมพิวเตอร์ 3	412	400-500	ผ่าน
1.9	โถงจำนวนโถงนิคมภาพ	332	400-500	ไม่ผ่าน
1.10	ห้อง Blendboard test (B7) พื้นผิวปฏิบัติงาน	270	150	ผ่าน
1.11	ห้องกายภาพและออกกำลังกาย	372	50	ผ่าน
1.12	ห้องร่างกายและ	360	150	ผ่าน
1.13	โถงผู้ป่วยทางเดินและ	345	400-500	ผ่าน
1.14	โถงฝึก บิน	234	150	ผ่าน
1.15	โถงฝึก ทาง	393	150	ผ่าน
1.16	ห้องยิมเนเซียม	315	400-500	ผ่าน
1.17	ห้องรับผู้ดูแล	315	400-500	ผ่าน
1.18	โถงคอมพิวเตอร์ 1	378	400-500	ไม่ผ่าน
1.19	โถงคอมพิวเตอร์ 2	431	400-500	ผ่าน
1.20	โถงกายภาพ	322	400-500	ผ่าน

หมายเหตุ : ¹ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



หน้า ที่ 16

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทำการตรวจวัด

ลงชื่อ
(นายสุกฤษณ์ ปะดัง)
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตรวจวัด
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ผล

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ
(นางสาวศรัณญา อุทัยมา)
นักวิชาการสาธารณสุข
แผนกอาชีวอนามัย

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ
(นางสาวศมนารณ บุญบัวคน)
เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย
แผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย



หน้า 17

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารแนบ 1

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หน้า ๑๕
เล่ม ๓๓๕ ตอนพิเศษ ๓๔ ง
ราชกิจจานุเบกษา
๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง

โดยที่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดให้นายจ้างจัดให้สถานที่ประกอบกิจการมีความเข้มของแสงสว่างไม่ต่ำกว่ามาตรฐานตามข้อ ๒.๒.๑ แห่งกฎกระทรวง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. ๒๕๕๔ อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ความเข้มของแสงสว่าง” หมายความว่า ปริมาณแสงที่ตกกระทบบนพื้นผิวของวัตถุหรือบนร่างกายมนุษย์ในประกาศนี้ใช้หน่วยความเข้มของแสงสว่างเป็นลักซ์ (lx)

ข้อ ๔ นายจ้างต้องจัดให้สถานที่ประกอบกิจการมีความเข้มของแสงสว่างไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในตารางแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

อนันต์ชัย คุ้มภัยดิลกชัย

ผู้ตรวจราชการกระทรวง วิชาการและการแผน

อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน



เอกสารแนบ 1 - 1



รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(ตารางแนบท้ายประกอบ)

บริเวณที่เสี่ยงต่อผลกระทบ	ลักษณะที่เสี่ยง	ข้อเสนอแนะ/มาตรการ	ค่าเฉลี่ยรวม ของผลกระทบ (ได้แก่)	จุดตรวจ/จุด ตรวจ (ได้แก่)
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ	การจราจรหนาแน่น จุดขึ้น จุดลง	ทางออกถนน เลี้ยวขวาเพื่อไปอาคารเรียน (กรณีเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ หรือรถบรรทุก ที่บรรทุกสิ่งของขึ้น)	๓๐๐	-
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางน้ำ	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำ และ น้ำเสีย	๕๐๐	๒๕
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	-
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๒๕
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางดิน	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางเสียง	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐

เอกสารแนบ 1 - 2

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บริเวณที่เสี่ยงต่อผลกระทบ	ลักษณะที่เสี่ยง	ข้อเสนอแนะ/มาตรการ	ค่าเฉลี่ยรวม ของผลกระทบ (ได้แก่)	จุดตรวจ/จุด ตรวจ (ได้แก่)
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ	การจราจรหนาแน่น จุดขึ้น จุดลง	ทางออกถนน เลี้ยวขวาเพื่อไปอาคารเรียน (กรณีเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ หรือรถบรรทุก ที่บรรทุกสิ่งของขึ้น)	๓๐๐	-
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางน้ำ	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำ และ น้ำเสีย	๕๐๐	๒๕
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	-
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๒๕
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางดิน	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
บริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากมลพิษทางเสียง	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐
	การปล่อยน้ำ	การปล่อยน้ำจากอาคารเรียน/อาคารเรียน	๕๐๐	๕๐

เอกสารแนบ 1 - 3

เอกสารแนบ 1 - 4

เอกสารแนบ 1 - 5

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การเฝ้าระวัง	ลักษณะการ	วันทำการ	ความถี่ของการ ตรวจวัด (ครั้ง/สัปดาห์)
การเฝ้าระวังคุณภาพอากาศ	การเฝ้าระวังคุณภาพอากาศ โดยทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศเป็นประจำทุกวัน และจะทำการ ตรวจวัดคุณภาพอากาศเพิ่มเติมในกรณีที่มีการก่อสร้างอาคาร ใหม่ในพื้นที่ใกล้เคียง หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดิน ในพื้นที่ใกล้เคียง	ทุกวัน (ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์)	ทุกวัน (ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์)
การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ	การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ โดยทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะทำการตรวจวัดคุณภาพน้ำเป็นประจำทุกวัน และจะทำการ ตรวจวัดคุณภาพน้ำเพิ่มเติมในกรณีที่มีการก่อสร้างอาคาร ใหม่ในพื้นที่ใกล้เคียง หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดิน ในพื้นที่ใกล้เคียง	ทุกวัน (ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์)	ทุกวัน (ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์)



เอกสารแนบ 1 - 6

รายงานผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วันที่ ๑	วันที่ ๒	วันที่ ๓
๑๖/๐๗ - ๒๓/๐๗	๓๐/๐๗	๒๓/๐๗
๒๓/๐๗ - ๓๐/๐๗	๓๐/๐๗	๓๐/๐๗
๓๐/๐๗ - ๓๐/๐๗	๓๐/๐๗	๓๐/๐๗
๓๐/๐๗ - ๓๐/๐๗	๓๐/๐๗	๓๐/๐๗

หมายเหตุ :
วันที่ ๑ และวันที่ ๒ เป็นการตรวจวัดคุณภาพอากาศ โดยทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
จะทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศเป็นประจำทุกวัน และจะทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศ
เพิ่มเติมในกรณีที่มีการก่อสร้างอาคารใหม่ในพื้นที่ใกล้เคียง หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดิน
ในพื้นที่ใกล้เคียง



เอกสารแนบ 1 - 7



ภาคผนวก ค-8

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ





คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๑๒๖/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับบริการ 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. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม | กรรมการ |
| ๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | กรรมการ |
| ๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง | กรรมการ |
| ๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน | กรรมการ |
| ๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา ชู จุก | 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. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม | กรรมการ |



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

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย วางแผน กำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
๒. จัดโครงสร้างองค์กร เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ทุกทีมให้สามารถดำเนินการอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง
๓. เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน
๔. ประสานงานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานและทุกทีมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
๕. สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี สร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้มาเยือน

๒. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ สุขสุวิวัฒน์	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภิรมานนท์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโณบล	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริพร เชื้อปราง	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	กรรมการ
๖. อาจารย์ ทันตแพทย์หญิงจุฑามาศ เทพไทย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เตชะสุธรรม	กรรมการ
๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๑๒. นางนภาพร ศีโหม	กรรมการ

๑๓. นางจันทร์เจ้า กาคโคกรวด	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรมาสุก ธีรชาติ	กรรมการ
๑๕. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจริญธีระนาถ	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภวรรณ ขาศิรินทร์	กรรมการ
๑๗. นางณัฐธานี แป้นศรี	กรรมการ
๑๘. นางสาวอังคณา ขอนพุดชา	กรรมการ
๑๙. นางสาวอัจฉรา จามนวน	กรรมการ
๒๐. นางทองมี ขวตพุทธา	กรรมการ
๒๑. พันโทหญิงณมล ทองวัชรโพธิ์	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางสาวฉนวนวรรณ บุญนำรัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ
๒. วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมชมการพัฒนาคูณภาพต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
๓. เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคูณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ
๔. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคูณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

๓. คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพระบบงานสำคัญ

๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโณบล	กรรมการ
๔. ทันตแพทย์หญิงพันทิพย์ จิตร์พิทักษ์เลิศ	กรรมการ
๕. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๖. เกสัชกรมาสุก ธีรชาติ	กรรมการ
๗. นางสาวศุภวรรณ ขาศิรินทร์	กรรมการ
๘. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจริญธีระนาถ	กรรมการ
๙. นางณัฐธานี แป้นศรี	กรรมการ
๑๐. พันโทหญิงณมล ทองวัชรโพธิ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------------------|
| ๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ | ภัทรามรุต | ที่ปรึกษา |
| ๒. นายแพทย์แสงชัย | งรมกาญจน์รัตน์ | ประธาน |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ | สุขสุวิ | กรรมการ |
| ๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ | อุยวัฒน์กุล | กรรมการ |
| ๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิดา | วงศ์ศักดิ์ | กรรมการ |
| ๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา | เกียรติมงคล | กรรมการ |
| ๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไวยดา | สงวนประกุล | กรรมการ |
| ๘. แพทย์หญิงเก็จมพร | ศิริปัทมานนท์ | กรรมการ |
| ๙. พันโทหญิงณุล | ทองวัชรไพบูลย์ | กรรมการ |
| ๑๐. แพทย์หญิงนรี | ทฤณิคมกวีร์ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๑. นางสุกัญญา | ยศสุนทร | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๓ เดือนตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเกี่ยวข้องการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เฝ้าระวังใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่อง ดุลยภาพจิตใจผู้ป่วย 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 อึ้งอาภรณ์ | กรรมการ |
| ๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล | กรรมการ |
| ๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
๒. ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาข้อเท็จจริงประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับคู่กรณี
๓. กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้คู่กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๔. ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๕. วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|---------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง | ประธาน |
| ๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์ | เจียมธีระนาถ | กรรมการ |
| ๓. พันโทหญิงณุล | ทองวัชรไพบูลย์ | กรรมการ |
| ๔. นางสาวกนกมาศ | จงเจริญชัยวงศ์ | กรรมการ |
| ๕. นายทรงกิจ | จิตต์กิตติพันธ์ | กรรมการ |
| ๖. นายวัชรินทร์ | สิงต๊ะนะ | กรรมการ |
| ๗. นางสาวนันทิฐภัต | ชานมา | กรรมการ |



๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอณัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายศพล	ใบเหลือง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุกีสรา	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางอุษิตา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศรณวรรณ	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 อุปกรณ์วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
๕. จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
๖. พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเฝ้าระวังการเฝ้าระวัง
๗. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณีนันท์	ศรีวิบูลศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นันท์พิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสหทัยา	นิยะโมสถ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อินวิมลกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธุ์	วิเศษโวหาร	กรรมการ
๗. พันตแพทย์ชัชดนัย	แจ้งพัฒนาย	กรรมการ
๘. นางพรพรรณ	อมตฉายา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี	ศรีบุญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิตยา	แดงนพท	กรรมการ

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

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

๓.๖.๑ คณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา	เชื้อปรุง	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์วีรณูญ	สัจฉริยะทิพย์	ที่ปรึกษา



๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกสัชกรภาวิณี	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงณณต	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวอัญญรัตน์	ไชยจันท	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิบูล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกณัฐ	พิมพ์ปฏ	กรรมการ
๑๑. นางศุภวรรณ	ชาติศรีนทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	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 คณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อรรถ	จินตวัณ	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงษ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสุตินาถ	คงเป็น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงณณินพร	ชัยวริยะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรนาถ	สิลาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพัชรภาณ	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงนาวิฐา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ภักดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ

๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวชารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์พิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราชา	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	ชนะเชื่อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวโกลิน	บัสสาเวโท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมภาณ	ทองแสง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญแสง	กรรมการ
๒๒. นางสาวศรจิตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิบูล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

๒. สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แกไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง

๓. รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

๓.๖.๓ คณะกรรมการการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงณณต	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นายวรวัฒน์	ประทุมศรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอนัญญา	ทวีภักดีไชยดี	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์ศิริฤ	กรรมการ
๘. นางปัทมาพร	เขาวังปรัชญากุล	กรรมการ
๙. นางสาวภวิชัยพร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัลยาพร	ปานจับ	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	ชุตินพวงษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุนิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชจิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ



ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๖.๔ คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---------------------|-----------|---------|
| ๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์ | ศรีนันทน์ | กรรมการ |
| ๒. แพทย์หญิงมัลลิกา | ณ ราช | กรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ยุทธ | จินตวิทย์ | กรรมการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๖.๕ คณะกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--------------------|---------------|---------------------|
| ๑. พันโทหญิงนฤมล | ทองวัชรโพธิ์ | ประธาน |
| ๒. นางทองมี | ชวตพร | รองประธาน |
| ๓. นายแพทย์ธีรภัทร | แสงทองพิทักษ์ | กรรมการ |
| ๔. นายแพทย์ยุทธ | จินตวิทย์ | กรรมการ |
| ๕. นางจันทร์เจ้า | ภาณุโกศล | กรรมการ |
| ๖. นายวรวิทย์ | ประทุมศรี | กรรมการ |
| ๗. นายสาคร | ห่านไธสง | กรรมการ |
| ๘. นางสาววิภา | สำราญดี | กรรมการ |
| ๙. นางสุวิมล | ยศสุนทร | กรรมการ |
| ๑๐. นายเชษฐา | สำราญดี | กรรมการ |
| ๑๑. นางสาวรัชนิภา | พุ่มไธสง | กรรมการและเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT

๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

๓.๖.๖ คณะกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|----------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริ | เชื้อประ | ประธาน |
| ๒. นายวรวิทย์ | ประทุมศรี | รองประธาน |
| ๓. นางนภาพร | ดิใหม่ | กรรมการ |
| ๔. นายชาติ | พงศ์พิทักษ์ | กรรมการ |
| ๕. นายเฉลิมเกียรติ | แก้วคุ้ม | กรรมการ |
| ๖. นายยุทธนา | กระจายกลาง | กรรมการ |
| ๗. นายภู | ดาบ | กรรมการ |
| ๘. นายศิริวัชร | สังข์สิทธิ์ | กรรมการ |
| ๙. นายพัฒนพงษ์ | ศุภนพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๐. นางสาวอมรรัตน์ | ธนาธิ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|---------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริ | เชื้อประ | ประธาน |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ | กังวาลรัตน์ | รองประธาน |
| ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริ | สุบงกุ | กรรมการ |
| ๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริ | กังวาลรัตน์ | กรรมการ |
| ๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์ | ตันติสิทธิ์ | กรรมการ |
| ๖. แพทย์หญิงพรพิมล | เหรียญศิริ | กรรมการ |
| ๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ | ภัทราน | กรรมการ |
| ๘. แพทย์หญิงวรรณิศา | วงศ์ศักดิ์ | กรรมการ |
| ๙. นายแพทย์อรรถเดช | ศรีพิลา | กรรมการ |
| ๑๐. นายแพทย์แสงชัย | งามกาญจน์ | กรรมการ |
| ๑๑. นายแพทย์ศุภ | ปัดดา | กรรมการ |
| ๑๒. นายอรรถนรินทร์ | อินทร์ | กรรมการ |
| ๑๓. นายชญา | อ่อนอก | กรรมการ |
| ๑๔. นางสาวบุญญาพร | วันทองดี | กรรมการ |
| ๑๕. เกษิณกรรัตน์ | ดงสูงเนิน | กรรมการ |
| ๑๖. เกษิณกรพัฒน์ | เกิดกลาง | กรรมการ |
| ๑๗. เกษิณกรสุภา | ศิริชาติ | กรรมการและเลขานุการ |



๑๘. เกษียรหญิงภาวิณี สุขศรี กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. เกษียรหญิงพิพร นอกระโทก กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๔ 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 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning) ได้แก่ การวางระบบบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การเข้ามาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร
๒. นำนโยบายจากต้นน้ำ มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การ ทัศนคติความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจาก หน่วยงาน

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

๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการ พัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุม วิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะ หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรได้แก่ ความพึงพอใจใน งาน ความต้องการ ด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากร มนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้

๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด

๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ประธาน
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม กรรมการ
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช กรรมการ
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว กรรมการ
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป กรรมการ
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม กรรมการ
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรรมการ
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง กรรมการ
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา 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. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
กระชุกและชื่อ	กรรมการ
๒๘. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๓๐. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๓๑. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๓๒. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์	กรรมการ
๓๓. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๓๔. เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการจิตชนก	สภาสังคม
๓๖. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศิริพันธุ์
	และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๔.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)		
๔.๒.๑ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics)		
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้		
๑. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา	เกียรติมงคล	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญศิริศักดิ์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช	จงเจริญใจ	รองประธาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร	อึ้งอานันท์	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอัสมา	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพัชรภาณี	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์	ศรีรัตนอนันท์	กรรมการ
๘. นายแพทย์จักรพงษ์	เอี่ยมตระกูล	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงณิชาธิ์	มุ่งกลาง	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินท์	ศรีนุศาสตร์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิภาดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวอิศรินทร์	โสภณ	กรรมการ
๑๔. เกสกรรมหญิงนาร์ณีน	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๕. เกสกรรมหญิงวรรณิษา	แพทยสง	กรรมการ
๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนัสชนก	เขตคาม	กรรมการ
๑๗. นางพัชรี	จันทร์จร	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. นางสาวอิศรินทร์	จำปาหอม	กรรมการ
๒๕. นางสาวนพร	มาลิเวช	กรรมการและเลขานุการ
๒๖. นางสาวสุกัญญา	คอกขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. นางสาวนินา	แอมแปดชา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นางสาวอิศรินทร์	ช้อยนอก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ทบทวนรายการผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม
- ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน
- สรุปผลการทบทวนและการปรับระบบ นำส่งคณะกรรมการ CLT



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

๔.๒.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีบุญญา	ปุระณะปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติศิริกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	ศิริภักดิ์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวัฒน์กุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภชัย	ภูโพลย์	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนครินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัศวฤทธิ์โร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	สุวรรณอิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อรรถ	จินตลักษณ์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัครวัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์วิเศษ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐพงษ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์ศกฤต	เอกราช	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาวิวัฒน์	ปิยารมย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงรจนาภา	ตั้งจิตพร	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงอัฐิดาว	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณมาล	พัฒนเจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอดสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวทิพย์	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภาวรัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชนิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายณัฏฐชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวภาครินทร์	พิเนต	กรรมการ
๒๕. นางสาวพนิดา	ไชยปัดดา	กรรมการ
๒๖. เกสัชกรวงศธร	กิตติรัตน์ระภา	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุทธสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธิณี	เป็นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจจาน	กรรมการและเลขานุการ

๓๐. นางสาวอริญญา ขอมกลาง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๔.๒.๓ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโบล	ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษไพบาร	ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิศา วงศ์ศักดิ์มณี	รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรศรินทร์ นิธิปริชา	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงณัฏฐา รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๗. นายแพทย์เจนวิทย์ พุทธิเสน	กรรมการ
๘. นางสาวลลิตาพิทักษ์	กรรมการ
๙. นางสาวภัทรวรรณ แก้วดวงดี	กรรมการ
๑๐. นางสาวชุตินา สนิสิทธิ์	กรรมการ
๑๑. นางสาวศิริภา เชื่องเงิน	กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร ราชูธร	กรรมการ
๑๓. นางสาวทชัชชก อินเิด	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา พานิชนอก	กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพสิน แยมโคกสูง	กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา ทรัพย์เรืองศรี	กรรมการ
๑๗. นางสาวภาวดี สมบูรณ์	กรรมการ
๑๘. นางสาวนลินธรณ์ เลิศวงศ์อนกิจ	กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาสิริ มะรังศรี	กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญญา สินจริยานนท์	กรรมการ
๒๑. นางสาวภาพร บัวสาย	กรรมการ
๒๒. เกสัชกรนพปรีช กิตติศักดิ์กุล	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์ สรรพชัย	กรรมการ
๒๔. นางสาวอริญญา สิงเกต	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์ ขุนหอม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช



๒. ผิดอบรมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคติดเชื้อ นรีเวชและโรคเรื้อรังทางประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)
๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพมาวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทางคลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์การดูแลรักษา
๖. นำผลลัพธ์การตามรอยโรคทางคลินิกมาวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)
๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่ได้จากการใช้เครื่องมือตัวกระตุ้น (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ตามกลุ่มโรคติดเชื้อ นรีเวช
๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการบริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา 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	ตั้งกาญจนาวะกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ภักดีสงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยะอร	นันทิชา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทย์	เลียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญญิกา	วาทินพงษ์วนิช	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์พัลลภ	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	พรังนบัตกุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชัย	ปานน้อยนันท	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกมลณี	สุกาญจนาศรี	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	จิลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ดิระชาติ	กรรมการ

๑๕. นางสาวดวงดา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏดา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุวิณี	เป็นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวอติยา	กิริวัฒนศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐฤกษ์	มนัสดีอา	กรรมการ
๒๐. นางสาวนิตยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ใบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายบุญญา	เปศรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณิชา	กฤดิษฐ์	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริยา	ศรีดำรงคำ	กรรมการ
๒๕. นางสาวจิราภรณ์	สุธอนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาววิภาพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วมลิรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางวิรัตน์	พิชิตแสง	กรรมการ
๒๙. นายวีระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางบุญญาภา	แสนศิริ	กรรมการ

และเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้เท่าเทียมจากการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
3. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ

๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์วิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา	เจือปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงพัชรีวิมล	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชลลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนิภาณันต์	อิมพาศนุรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณัฐนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววรัญญา	สินเจริญานนท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ	คิดเห็น	กรรมการ



๑๐. นายสิริวิชัย	ประภาวราง	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกตุกระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวเสนา	บุตรีพันธ์	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภาภา	จตุรทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐกิต	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหาวิทยาลัยพระครู	กรรมการและเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตลอดจน ๓ เรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด และบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างครบถ้วน

๒. สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ผ่านอนุกรรมการทุกด้าน

๓. ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๔. กำหนดทิศทาง ชี้นำ มองภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งหา โอกาสในการพัฒนา

๕. ดำเนินการค้นหา ประเมิน แก้ไข/ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น

๖. ช่วยเหลือ ประสานงาน ความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนากระบวนการ การดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

๗. ประเมิน และติดตามผล การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรค รายโรค กระบวนการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

๔.๒.๖ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุนิษา	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐรีย์	คำน้อย	กรรมการ
๕. นางสาวอภิญญา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิชฎากรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาวรณัญญา	สินจรรย์านนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอจิน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกษียรหญิงสุภลักษณ์	โสมเงิน	กรรมการ

๑๐. นางสาวพิชญากิต	เสียงทรง	กรรมการ
๑๑. นายระพี	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฐธิชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	สุนทรเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช

๒. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

๓. ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการ ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

๔.๒.๗ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อรรถเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรพันธ์	พรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชขุนทด	กรรมการ
๕. นางสาวอัญชลี	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติชัย	ธนเดชไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภาวณิ	บุญพันธ์	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภักดีกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เนติ	กรรมการ
๑๐. นางสาวสิรินญา	พันธุ	กรรมการ
๑๑. นางสาวกฤษณ์	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปริตตา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตเรखा	ใจพิณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบ

สหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้

๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล



๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอายุรศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรัชฎา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัษฎชัย	กรีฑะ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรวิชัย	สุขสุวิ	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นิมขุนทด	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตระวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชัชชนก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์ภาณุพงศ์	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ศรเพชรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงชนาวรรณ	ดินวีระจาร	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เดชแสน	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์ธนภัตติ	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธีรณัฐศักดิ์	เบศรีบุญไธวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แคบสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพนมณิศา	ศรีธรรมสิทธิ์	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงษ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรภายสุน	กรรมการ
๒๐. นางสาวนภัสสินี	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวชฎาพร	เพ็ญนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้องปัด	กรรมการ
๒๔. นางสาวสุนามภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาววรัญญาพร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเริง	กรรมการ
๒๗. นางณิศา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวบุษบา	วัชรนิตธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกษิขารัตนชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หมั่นรัตน	กรรมการ
๓๒. ทนพญ. จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓๓. ทนพ. ณัฐพล	พรหมอุตม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกรรณา สมพงษ์ กรรมการและเลขานุการ
๓๕. นางสาวกัญญา ประทุมศรี กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงชนนิภา	ลิ้มหงศานุรักษ์	ประธาน
๓. แพทย์หญิงศวิดา	ทองขุนวงศ์	รองประธาน
๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๕. นางสาวกัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๖. นางสาวศวิดา	กว้างนอก	กรรมการ
๗. นางสาวเพ็ญศิริ	ประสิทธิ์ศุภการ	กรรมการ
๘. นางสาวปวีณันท์	ตอพล	กรรมการ
๙. นางสาวกัญญา	แสงสารวัด	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์	วิชัยจุฑาทิพย์	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์รัฐกิจ	ชานมา	กรรมการ
๑๔. นายศิวะชัย	ประภาวณิง	กรรมการ
๑๕. นางสาวจิตรา	เกตุศิริระโท	กรรมการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้ายของชีวิต



- ที่บ้าน
๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน
 ๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๔.๒.๑๐ คณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภักทรมรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไวยดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงณวิภา	รัตนวิภา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์รัฐภูมิ	ศิริภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมรินทร์	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรเพชร	กรรมการ
๘. เกษิกรหญิงจิตชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัสร	ภูริเดชเนาวี	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ขุมนะเริง	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สราน	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

เกี่ยวข้อง

๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหารุนแรง
๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานเข้มงวด

วิชาชีพ

๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือสื่อต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้

- ๕.๑ องค์กรแพทย์
- ๕.๒ องค์กรพยาบาล
- ๕.๓ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกษิกร นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอมนาวรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๑๒๖/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับบริการ 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. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม | กรรมการ |
| ๒๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | กรรมการ |
| ๒๘. ประธานคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง | กรรมการ |
| ๒๙. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน | กรรมการ |
| ๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา ชู จุก | 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. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม | กรรมการ |



๔๘. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช	กรรมการ
๔๙. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๕๐. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๕๑. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสูติเวชกรรม	กรรมการ
๕๒. เลขานุการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๕๓. เลขานุการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๕๔. เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพทางคลินิก	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. คณะกรรมการเฝ้าระวังภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ สุขสุวิวัฒน์	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ ภิรมานนท์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโณบล	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริพร เชื้อปราง	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	กรรมการ
๖. อาจารย์ ทันตแพทย์หญิงจุฑามาศ เทพไทย	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา เกียรติมงคล	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	กรรมการ
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวบูลย์ เทษสุธรรม	กรรมการ
๑๑. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๑๒. นางนภาพร ศีโหม	กรรมการ

๑๓. นางจันทร์เจ้า กาคโคกรวด	กรรมการ
๑๔. เกสัชกรมาสุก ธีรชาติ	กรรมการ
๑๕. เภศนิกการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจริญธีระนถ	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภวรรณ ขาศิรินทร์	กรรมการ
๑๗. นางณัฐธานี แป้นศรี	กรรมการ
๑๘. นางสาวอังคณา ขอนพุดชา	กรรมการ
๑๙. นางสาวอัจฉรา จามนวน	กรรมการ
๒๐. นางทองมี ขวตพุทธา	กรรมการ
๒๑. พันโทหญิงณมล ทองวัชรโพธิ์	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางสาวฉนวนวรรณ บุญนำรัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ดำเนินการกิจกรรมการเฝ้าระวังภายในอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ
- วิเคราะห์และประเมินตนเองระบบงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจากการเฝ้าระวังการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- เป็นที่ปรึกษา รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ
- ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RMC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจน์รัตน์	รองประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโณบล	กรรมการ
๔. ทันตแพทย์หญิงพันทิพย์ จิตร์พิทักษ์เลิศ	กรรมการ
๕. นางดวงรัตน์ อมตฉายา	กรรมการ
๖. เกสัชกรมาสุก ธีรชาติ	กรรมการ
๗. นางสาวศุภวรรณ ขาศิรินทร์	กรรมการ
๘. เภศนิกการแพทย์หญิงจุฬารัตน์ เจริญธีระนถ	กรรมการ
๙. นางณัฐธานี แป้นศรี	กรรมการ
๑๐. พันโทหญิงณมล ทองวัชรโพธิ์	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสุกัญญา ยศสุนทร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
๒. สื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
๓. ดำเนินการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงที่รุนแรงหรือสำคัญเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ตลอดจนดำเนินการให้มีการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. สรุป วิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งทีมนำ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ
๕. ให้คำปรึกษาหน่วยงาน ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
๖. กระตุ้นการสร้างเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (RM Doctor) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| ๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ | ภัทรามรุต | ที่ปรึกษา |
| ๒. นายแพทย์แสงชัย | งรมกาญจน์รัตน์ | ประธาน |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สราวุธ | สุขสุวิ | กรรมการ |
| ๔. อาจารย์ นายแพทย์ดร.ศุภกิจ | อุยวัฒน์กุล | กรรมการ |
| ๕. อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณิดา | วงศ์ศักดิ์มี | กรรมการ |
| ๖. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา | เกียรติมงคล | กรรมการ |
| ๗. อาจารย์ แพทย์หญิงไวยดา | สงวนพระกุล | กรรมการ |
| ๘. แพทย์หญิงเก็จอัมพร | ศิริปัทมานนท์ | กรรมการ |
| ๙. พันโทหญิงณกุล | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ |
| ๑๐. แพทย์หญิงนรี | พญานิคมกัร | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๑. นางสุกัญญา | ยศสุนทร | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำกับติดตามรายงานอุบัติการณ์ ที่มีระดับรุนแรงและความถี่สูงให้สำเร็จภายใน ๑ เดือน และภายใน ๓ เดือนตามลำดับ กระตุ้นให้แผนกหรือ PCT ทบทวนอุบัติการณ์เมื่อเกินระยะเวลากำหนด
๒. ทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นอุบัติการณ์ร่วมกันตั้งแต่ ๒ PCT ขึ้นไป หรือกรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
๓. นำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนเป็นเชิงรุก ให้ข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๔. เฝ้าระวังใกล้ชิดเกี่ยวกับความเสี่ยงด้าน อุบัติเหตุจากจิตใจผู้ป่วย 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 อึ้งอาภรณ์ | กรรมการ |
| ๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล | กรรมการ |
| ๑๑. เจ้าหน้าที่บริหารความเสี่ยงแผนกพัฒนาคุณภาพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. พยาบาลบริหารความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวปฏิบัติและมาตรการป้องกันในเรื่องความปลอดภัยและการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation)
๒. ดำเนินการไกล่เกลี่ยด้วยความเป็นกลาง เพื่อหาข้อเท็จจริงประนีประนอม แก้ไขปัญหา และยุติข้อขัดแย้งโดยเร็วรักษาความลับคู่กรณี
๓. กำหนดแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่องให้คู่กรณีหรือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๔. ให้คำปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลถูกผู้มาใช้บริการฟ้องร้องหรือได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์
๕. วิเคราะห์ความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน ในภาพรวม และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งหรือข้อร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดจำนวนคดีเข้าสู่ศาล
๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปและรายงานผลการไกล่เกลี่ยให้ผู้บริหารทราบ
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

๓.๔ คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|---------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา | เชื้อปรุง | ประธาน |
| ๒. นักเทคนิคการแพทย์จุฬารัตน์ | เจียมธีระนาถ | กรรมการ |
| ๓. พันโทหญิงณกุล | ทองวัชรไพฑูริย์ | กรรมการ |
| ๔. นางสาวกนกมาศ | จงเจริญชัยวงศ์ | กรรมการ |
| ๕. นายทรงกิจ | จิตต์กิตติพันธ์ | กรรมการ |
| ๖. นายวัชรินทร์ | สิงต๊ะนะ | กรรมการ |
| ๗. นางสาวนันทิฐภัต | ชานมา | กรรมการ |



๘. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๙. นางอณัญญา	ทวีศักดิ์โชติ	กรรมการ
๑๐. นายยุทธนา	กระจายกลาง	กรรมการ
๑๑. นายเฉลิมพล	เพชรดา	กรรมการ
๑๒. นายศพล	ใบเหลือง	กรรมการ
๑๓. นางสาวสุกีสรา	เกตุศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นางอุษิตา	นาอิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวศรณวรรณ	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 อุปกรณ์วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางในการแก้ไข นำไปพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
๕. จัดสภาพแวดล้อมในองค์กร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปและกำกับติดตามให้เป็นไปตามมาตรการกำหนด
๖. พัฒนาศักยภาพให้แก่ บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และเฝ้าระวังการเฝ้าระวัง
๗. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๓.๕ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงปณิณท์	ศรีวิบูลศาสตร์	ประธาน
๒. นายแพทย์นันท์วิสิฐ	ตั้งกิจเกียรติกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสหทัย	นิยะโมสถ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงจุฑาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อินวิมลกุล	กรรมการ
๖. นายแพทย์ภาณุพันธ์	วิเศษโวหาร	กรรมการ
๗. พันตแพทย์ชัชดนัย	แจ้งพัฒนาย	กรรมการ
๘. นางพรพรรณ	อมตฉายา	กรรมการ
๙. นางสาวนุชจรี	ศรีบุญญา	กรรมการ
๑๐. นางนิศา	แดงนพท	กรรมการ

๑๑. นางสาวสุรางคณา	พรหมมาศ	กรรมการ
๑๒. นางสาวผกามาศ	จงเจริญชัยวงศ์	กรรมการ
๑๓. เกสัชกรหญิงสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๑๔. นายอนุชา	พรโลภิน	กรรมการ
๑๕. นางสาวณิชาวรรณ	ศิริอุประภากร	กรรมการ
๑๖. นางวันดี	ดีใหม่	กรรมการ
๑๗. นางสาววิภาภรณ์	พวงโรจน์	กรรมการ
๑๘. นายทรงกิจ	จิตต์กิตติพันธ์	กรรมการ
๑๙. นางสาวปิยนุช	เกตุสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางนันทนา	พลสระคู	กรรมการและเลขานุการ
๒๑. นางสาวเบญจนาภา	ห้วยเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๒. กำหนดวิธีการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๓. กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้ยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
๔. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕. เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
๖. จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้ความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๗. กำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๘. การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๙. ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๑๐. มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมชี้แจงหากพบว่ามีผลผลิตตก เช่น การระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

๓.๖ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

๓.๖.๑ คณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา	เชื้อปรุง	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ นายแพทย์วีรณู	สัจฉริย์	ที่ปรึกษา



๓. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๔. เกสัชกรภาวิณี	สุขศรี	กรรมการ
๕. พันโทหญิงณณต	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๖. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๗. นางสาวอัญญรัตน์	ไชยจันท	กรรมการ
๘. นางสาวสุกัญญา	พิบูล	กรรมการ
๙. นางจุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๑๐. นายเอกณัฐ	พิมพ์ปฏ	กรรมการ
๑๑. นางศุภวรรณ	ชาติศรีนทร์	กรรมการ
๑๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางรัชนิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	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. นายแพทย์อรรถ	จินตวัณ	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	กรรมการ
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงษ์พันธ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสุตินาถ	คงเป็น	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงณณินพร	ธัญวรียะ	กรรมการ
๖. นายแพทย์วรนาถ	ธิดาเจริญพร	กรรมการ
๗. แพทย์หญิงพิชามณ	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๘. อาจารย์ แพทย์หญิงนาวิฐา	รัตนวิภาพงษ์	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงจิตรวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุวรรณา	พันธ์ภักดี	กรรมการ
๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ

๑๑. นางสาวปรีดา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๒. นางสาวศิริขวัญ	ไชยปัญญา	กรรมการ
๑๓. นางสาวชารดา	คงสมเกิดสุข	กรรมการ
๑๔. นางสาวสุรดา	ศรีอภัย	กรรมการ
๑๕. นางสาวนันทนา	จันทร์พิริสุข	กรรมการ
๑๖. นางสาวปรีชา	นาราชา	กรรมการ
๑๗. นางสาวหนึ่งฤทัย	ชนะเชื่อน	กรรมการ
๑๘. นางสาวโกลิน	บัสสวาท	กรรมการ
๑๙. นางพรนิภา	ชื่นชม	กรรมการ
๒๐. นางสาวสมภารณี	ทองแสง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุนารี	บุญแสง	กรรมการ
๒๒. นางสาวศิริตรา	วงศ์คำจันทร์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุกัญญา	พิบูล	กรรมการและเลขานุการ
๒๔. นางสาวภัทรภรณ์	แก้วดวงดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

๒. สะท้อนกลับประเด็นที่ต้องปรับปรุง แก่ไข พัฒนาต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง

๓. รายงานผลการดำเนินการต่อผู้บริหารตามรอบ

๓.๖.๓ คณะอนุกรรมการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	ประธาน
๒. นางทองมี	ชวตพุทรา	รองประธาน
๓. พันโทหญิงณณต	ทองวัชรไพบูลย์	กรรมการ
๔. นายวราวุฒิ	ประทุมศรี	กรรมการ
๕. นางสาววิภา	สำราญดี	กรรมการ
๖. นางอนัญญา	ทวีศักดิ์ไชยดี	กรรมการ
๗. นางสมภูมิ	โรจน์ศิริฤ	กรรมการ
๘. นางปัทมาพร	เขาวังปรัชญากุล	กรรมการ
๙. นางสาวกรวิทย์พร	ชาติพัฒนางกูร	กรรมการ
๑๐. นางกัลยาพร	ปานจับ	กรรมการ
๑๑. นายชัยชนก	ชุตินพวงษ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวสุนิสา	ตรงกิ่งตอน	กรรมการ
๑๓. นางนภาพร	ดีใหม่	กรรมการ
๑๔. นางสาวรัชจิวรรณ	พุ่มยี่สุ่น	กรรมการและเลขานุการ



ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๖.๔ คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---------------------|-----------|---------|
| ๑. นายแพทย์ชนาพัฒน์ | ศรีนันทน์ | กรรมการ |
| ๒. แพทย์หญิงมัลลิกา | ณ ราช | กรรมการ |
| ๓. นายแพทย์ยุทธ | จินตวิทย์ | กรรมการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๖.๕ คณะกรรมการ HA IT ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--------------------|---------------|---------------------|
| ๑. พันโทหญิงนฤมล | ทองวัชรโพธิ์ | ประธาน |
| ๒. นางทองมี | ชวตพร | รองประธาน |
| ๓. นายแพทย์ธีรภัทร | แสงทองพิทักษ์ | กรรมการ |
| ๔. นายแพทย์ยุทธ | จินตวิทย์ | กรรมการ |
| ๕. นางจันทร์เจ้า | ภาณุโกศล | กรรมการ |
| ๖. นายวรวิทย์ | ประทุมศรี | กรรมการ |
| ๗. นายสาคร | ห่านไธสง | กรรมการ |
| ๘. นางสาววิภา | สำราญดี | กรรมการ |
| ๙. นางสุวิมล | ยศสุนทร | กรรมการ |
| ๑๐. นายเชษฐา | สำราญดี | กรรมการ |
| ๑๑. นางสาวรัชนิภา | พุ่มไธสง | กรรมการและเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HA IT และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานเพื่อการรับรองมาตรฐาน HA IT

๒. ประสานงาน ประเมิน ตรวจสอบ แก้ไข รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. รายงานการดำเนินการต่อคณะกรรมการจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (MIS)

๓.๖.๖ คณะกรรมการ Telemedicine ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|----------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริ | เชื้อประ | ประธาน |
| ๒. นายวรวิทย์ | ประทุมศรี | รองประธาน |
| ๓. นางนภาพร | ดิใหม่ | กรรมการ |
| ๔. นายชาติ | พงศ์พิทักษ์ | กรรมการ |
| ๕. นายเฉลิมเกียรติ | แก้วคุ้ม | กรรมการ |
| ๖. นายยุทธนา | กระจายกลาง | กรรมการ |
| ๗. นายภู | ดาบ | กรรมการ |
| ๘. นายศิริวัชร | สังข์สิทธิ์ | กรรมการ |
| ๙. นายพัฒนพงษ์ | ศุภนพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๐. นางสาวอมรรัตน์ | ธนาวิทย์ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๗ คณะกรรมการระบบยา (PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------------------------------|------------------|---------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริ | เชื้อประ | ประธาน |
| ๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ | กังวาลรัตน์ | รองประธาน |
| ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริ | สุบงกุ | กรรมการ |
| ๔. อาจารย์ แพทย์หญิงสิริ | กังวาลรัตน์ | กรรมการ |
| ๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์ | ตันติศิริกุล | กรรมการ |
| ๖. แพทย์หญิงพรพิมล | เหรียญศิริศักดิ์ | กรรมการ |
| ๗. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์ | ภัทรวรรณ | กรรมการ |
| ๘. แพทย์หญิงวรรณิศา | วงศ์ศักดิ์ | กรรมการ |
| ๙. นายแพทย์อรรถเดช | ศรีพิลา | กรรมการ |
| ๑๐. นายแพทย์แสงชัย | งามกาญจนา | กรรมการ |
| ๑๑. นายแพทย์ศุภ | ปัดดา | กรรมการ |
| ๑๒. นายอรรถนรินทร์ | อินทร์ | กรรมการ |
| ๑๓. นายชญา | อ่อนอก | กรรมการ |
| ๑๔. นางสาวบุญญาพร | วันทองดี | กรรมการ |
| ๑๕. เกษิตกรณรัตน์ | ดงสูงเนิน | กรรมการ |
| ๑๖. เกษิตกรหญิงศิริวัฒนา | เกิดกลาง | กรรมการ |
| ๑๗. เกษิตกรผาสุก | ศิริชาติ | กรรมการและเลขานุการ |



๑๘. เกษียรหญิงภาวิณี สุขศรี กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. เกษียรหญิงพิพร นอกระโทก กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๓.๔ 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 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. หัวหน้าแผนกบริหารทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. หัวหน้าแผนกพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖. เจ้าหน้าที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. วางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ (Human Resource planning) ได้แก่ การวางระบบบริหาร บุคลากร กำหนดโครงสร้างด้านทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจ/ภารกิจหลักของโรงพยาบาล กำหนดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ การเข้ามาซึ่งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ต้องการ แนวทางการทดแทน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และ Career Path ของบุคลากร
๒. นำนโยบายจากต้นน้ำ มาวางแผนการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. พัฒนาระบบการสรรหาคัดเลือกบุคลากร (Recruitment) ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การ ทัศนคติความต้องการบุคลากร และการทดแทนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน โดยรวบรวมความต้องการจาก หน่วยงาน

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

๕. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) ได้แก่ การวางแผนการ พัฒนาบุคลากร ส่งเสริมความต้องการของบุคลากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรการพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การส่งเข้าอบรม ประชุม วิชาการ การจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ฯลฯ รวมถึงการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยเฉพาะ หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง

๖. จัดระบบสวัสดิการและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร ได้แก่ ความพึงพอใจใน งาน ความต้องการ ด้านสวัสดิการ และการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ได้แก่ การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากร การวิจัยทรัพยากร มนุษย์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม สามารถนำข้อมูลด้านบุคลากรมาใช้ประโยชน์ได้

๘. นำเสนอผลงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามวงรอบที่กำหนด

๔. คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team)

ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ประธาน
๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๕. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชกรรม กรรมการ
๖. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช กรรมการ
๗. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว กรรมการ
๘. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป กรรมการ
๙. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติรีเวชกรรม กรรมการ
๑๐. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กรรมการ
๑๑. ประธานคณะอนุกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง กรรมการ
๑๒. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ดา 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. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรศาสตร์	กรรมการ
๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
๒๗. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	กรรมการ
กระชุกและชื่อ	กรรมการ
๒๘. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	กรรมการ
๓๐. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
๓๑. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	กรรมการ
๓๒. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์	กรรมการ
๓๓. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	กรรมการ
๓๔. เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง	กรรมการ
๓๕. เลขาธิการจิตชนก	สภากาชาด
๓๖. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศิริโนทัย
	และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๔.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Patient Care Team)		
๔.๒.๑ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม (PCT Pediatrics)		
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้		
๑. อาจารย์ แพทย์หญิงจุลดา	เกียรติมงคล	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงพรพิมล	เหรียญศิริศักดิ์	รองประธาน
๓. อาจารย์ แพทย์หญิงปณณช	จงเจริญใจ	รองประธาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนพร	อึ้งอานันท์	กรรมการ
๕. อาจารย์ แพทย์หญิงอัสมา	พงศ์พิทักษ์ดำรง	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพัชรภาณี	เศรษฐสุวรรณ	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์วุฒิพงษ์	ศรีรัตนอนันท์	กรรมการ
๘. นายแพทย์จักรพงษ์	เอี่ยมตระกูล	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงณิชาธิ์	มุ่งกลาง	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ แพทย์หญิงปณินท์	ศรีนุศาสตร์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิภาดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์ธีรภัทร	แสงทองพิทักษ์	กรรมการ
๑๓. นางสาวอิศรินทร์	โสภณ	กรรมการ
๑๔. เกษีกรหญิงนภารัตน์	ดางสูงเนิน	กรรมการ
๑๕. เกษีกรหญิงวรรณิษา	แพทยสง	กรรมการ
๑๖. นักเทคนิคการแพทย์หญิงนัสชนก	เขตคาม	กรรมการ
๑๗. นางพัชรี	จันทร์จร	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. นางสาวอิศรินทร์	จำปาหอม	กรรมการ
๒๕. นางสาวนพร	มาลิเวช	กรรมการและเลขานุการ
๒๖. นางสาวสุกัญญา	คอกขุนทด	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. นางสาวนินา	แอมแปดชา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นางสาวอิศรินทร์	ช้อยนอก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ทบทวนรายการผู้ป่วยในหน่วยงานตาม PCT กุมารเวชกรรม
- ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำการทบทวน
- สรุปผลการทบทวนและการปรับระบบ นำส่งคณะกรรมการ CLT



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

๔.๒.๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงศรีบุญญา	ปุระณะปัญญา	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์	ตันติศิริกุล	รองประธาน
๓. อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ	ศิริภารัตน์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์	ทองทวี	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์ศุภกฤต	อุยวัฒน์กุล	กรรมการ
๖. อาจารย์ นายแพทย์ศุภชัย	ภูไพบูลย์	กรรมการ
๗. นายแพทย์ชนาพัฒน์	ศรีนครินทร์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.บัณฑิต	อัศวฤทธิ์โร	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ภัทร	สุวรรณอิ	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์อรรถชัย	จินตลักษณ์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ นายแพทย์อัครวัฒน์	วงศ์เทพ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ นายแพทย์วิเศษ	แก้วบุญเลิศ	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์ณัฐพงษ์	พงษ์สุวรรณ	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ นายแพทย์ศกตศิลป์	เอกราช	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ นายแพทย์ชาดิวัฒน์	ปิยารมย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ แพทย์หญิงรจนาภา	ตั้งจิตพร	กรรมการ
๑๗. แพทย์หญิงอัฐิดาว	ช่วงบุญศรี	กรรมการ
๑๘. แพทย์หญิงอรุณมณี	พัฒนเจริญศิริ	กรรมการ
๑๙. นางอัญชลี	รอดสิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวทิพย์	ชุมกลาง	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภาวรัตน์	พวงเงิน	กรรมการ
๒๒. นางสาวชนิษฐา	ปทุมภา	กรรมการ
๒๓. นายณัฏฐชัย	แดงดี	กรรมการ
๒๔. นางสาวภาครินทร์	พิมพล	กรรมการ
๒๕. นางสาวพนิดา	ไชยปัดดา	กรรมการ
๒๖. เกสัชกรวงศธร	กิตติรัตน์ระภา	กรรมการ
๒๗. นายอังกูร	สุทธสุวรรณ	กรรมการ
๒๘. นางสาวสุทธินิ	เป็นเงิน	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิรินภา	ใจชวน	กรรมการและเลขานุการ

๓๐. นางสาวอริญญา ขอมกลาง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบาย และวางแผน ในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้
๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๔.๒.๓ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	ที่ปรึกษา
๒. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์ สุวรรณโบล	ที่ปรึกษา
๓. นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโฆหาร	ประธาน
๔. แพทย์หญิงวรรณิศา วงศ์ศักดิ์	รองประธาน
๕. แพทย์หญิงพรศรินทร์ นธิธิยา	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงณัฏฐา รัตนวิภาหงษ์	กรรมการ
๗. นายแพทย์เจนวิทย์ ทนตีสัน	กรรมการ
๘. นางสาวลลิตา ทัพพิภ	กรรมการ
๙. นางสาวปัทมากรณ์ แก้วดวงดี	กรรมการ
๑๐. นางสาวชุตินา สนิท	กรรมการ
๑๑. นางสาวศิริภา เชียงเงิน	กรรมการ
๑๒. นางสาวกนกพร ราชูธร	กรรมการ
๑๓. นางสาวทชัชชก อธิเนติ	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทิยา ทาณิชนอก	กรรมการ
๑๕. นางแพรวไพสิน แฉ่มโคสูง	กรรมการ
๑๖. นางสาวกุลธิดา ทรัพย์เรืองศรี	กรรมการ
๑๗. นางสาวกานต์ สมนุญ	กรรมการ
๑๘. นางสาวนลินธรณ์ เลิศวงศ์อนกิจ	กรรมการ
๑๙. นางสาวประภาศิริ มหะรังศรี	กรรมการ
๒๐. นางสาวอริญญา สิ้นจรรย์านนท์	กรรมการ
๒๑. นางสาวภาพร บัวสาย	กรรมการ
๒๒. เกสัชกรนันทปรีธ กิตติศักดิ์กุล	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุคนธ์ สรรพชัย	กรรมการ
๒๔. นางสาวอริญญา สังเกต	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอรอนงค์ พูนหอม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG) กลุ่มโรคสูติ นรีเวช



๒. ผิดอบรมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
๓. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
๔. จัดทำแผนผังการดูแลรักษา (Care Map) กลุ่มโรคติดเชื้อ และวิเคราะห์หาประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพในโรคที่เป็นตัวแทน (Proxy Diseases)
๕. นำประเด็นความเสี่ยง ประเด็นคุณภาพมาวิเคราะห์ และออกแบบการตามรอยโรคทางคลินิก (Clinical Tracer Highlight) แล้วเขียนรายงานการประเมินตนเอง และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพตามผลลัพธ์การดูแลรักษา
๖. นำผลลัพธ์การตามรอยโรคทางคลินิกมาวิเคราะห์ และออกแบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ (Diseases Management System)
๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการตามผลลัพธ์ด้านความเสี่ยง และด้านคุณภาพ (Case Conference) ที่ได้จากการใช้เครื่องมือกับ (Trigger Tool) จากเวชระเบียน ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) ตามกลุ่มโรคติดเชื้อ
๘. นำเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) มาร่วมวิเคราะห์กับ คณะกรรมการบริหาร และพัฒนาระบบงาน โดยวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุ จัดระดับความเสี่ยง และร่วมปฏิบัติการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา 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	ตั้งกาญจนาวะกุล	ประธาน
๓. อาจารย์ ดร.นายแพทย์กัญจน์	ภักดีสงคราม	รองประธาน
๔. อาจารย์ ดร.แพทย์หญิงปิยะอร	นันทิชา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์สุวิทย์	เลียรประธาน	กรรมการ
๖. อาจารย์ แพทย์หญิงกัญญิกา	วาทินพงษ์วนิช	กรรมการ
๗. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจนรัตน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์พัลลภ	สุรพลองอาจ	กรรมการ
๙. อาจารย์ นายแพทย์ศักดิ์ศรี	หรั่งงนบกุล	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์วิชัย	ปานน้อยนันท	กรรมการ
๑๑. แพทย์หญิงกมลศิริ	สุกาญจนาศรี	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์วรนาถ	จิลาเจริญพร	กรรมการ
๑๓. แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์	เมืองเก่า	กรรมการ
๑๔. นายผาสุก	ดิระชาติ	กรรมการ

๑๕. นางสาวดวงดา	เทศเพ็ญ	กรรมการ
๑๖. นางสาวนาฏดา	พุ่มนาค	กรรมการ
๑๗. นางสาวสุวิณี	เป็นเงิน	กรรมการ
๑๘. นางสาวอติยา	กิริวัฒนศักดิ์	กรรมการ
๑๙. นายณัฐฤกษ์	มนัสศิลา	กรรมการ
๒๐. นางสาวนิตยา	ชาแก้ว	กรรมการ
๒๑. นางสาวดวงเดือน	ใบขุนทด	กรรมการ
๒๒. นายบุญญา	เปศรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวณิชา	กฤติชัย	กรรมการ
๒๔. นางสาวกิริยา	ศรีดำรง	กรรมการ
๒๕. นางสาวจิราภรณ์	สุธนันต์	กรรมการ
๒๖. นางสาววิภาพร	โชติจำลอง	กรรมการ
๒๗. นางสาวศิริกัญญา	แก้วมลิรัตน์	กรรมการ
๒๘. นางวิรัตน์	พิชฌาง	กรรมการ
๒๙. นายวีระศักดิ์	นามมา	กรรมการ
๓๐. นางบุญญาภา	แสนศิริ	กรรมการ

และเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีให้บุคลากรทางการแพทย์ และฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
3. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยทางออร์โธปิดิกส์อย่างมีคุณภาพ

๔. งานคุณภาพอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ ดร. นายแพทย์วิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริชา	เจือปรุง	ประธาน
๓. แพทย์หญิงพัชรีวิมล	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงชลลัญญา	รัตนพิบูล	กรรมการ
๕. แพทย์หญิงชนิภาณันต์	อัมพรศิริรักษ์	กรรมการ
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ
๗. นางสาวณัฐนันท์	ฉัตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๘. นางสาววรัญญา	สินเจริญนันท์	กรรมการ
๙. นางอนุรักษ	คิดเห็น	กรรมการ



๑๐. นายสิริวิชัย	ประภาวราง	กรรมการ
๑๑. นายรัชต์	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกตุกระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวเสนา	บุตรีพันธ์	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวศุภาภา	จตุรทองแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันท์ฐกิต	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญารัตน์	มหาวิทยาลัยตระกุล	กรรมการและเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตามมาตรฐานกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) มาตรฐานสุขภาพ ตลอดจน ๓ เรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละแขนงให้เกิดประโยชน์สูงสุด 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 กระบวนการดูแล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

๔.๒.๖ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช (PCT Psychiatry) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	ประธาน
๒. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์	สิริพงศ์พันธ์	รองประธาน
๓. นางสาวสุนิษา	กล้าพิมาย	กรรมการ
๔. นางสาวณัฐรีย์	คำน้อย	กรรมการ
๕. นางสาวอภิญญา	บุญโต	กรรมการ
๖. นางอิชฎาภรณ์	กล้าอยู่สุข	กรรมการ
๗. นางสาวรวิญญา	สินจรรย์านนท์	กรรมการ
๘. นางสาวไอริน	พวงสมบัติ	กรรมการ
๙. เกษัชกรหญิงสุภลักษณ์	โสมเงิน	กรรมการ

๑๐. นางสาวพิชญากิต	เสียงทรง	กรรมการ
๑๑. นายระพี	แดงสกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวณัฐธิชา	เพ็ญสุข	กรรมการ
๑๓. นางวรัชญ์พร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลลดา	สุนทรเรือน	กรรมการ
๑๕. นางจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดทิศทาง วางแผนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช

๒. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขระบบ การบริการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

๓. ประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ในการบูรณาการ การดำเนินงานให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

๔.๒.๗ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (Patient Support Team GP) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อรรถเดช	ศรีพิลา	ประธาน
๒. นายแพทย์เอกภาพ	ไพบูลย์ยิ่ง	รองประธาน
๓. นายแพทย์ธีรพันธ์	พรพสุ	กรรมการ
๔. นางนิตา	เดชขุนทด	กรรมการ
๕. นางสาวอัญชลี	จิตนอก	กรรมการ
๖. ภก.กิตติชัย	ธนเดชไพศาล	กรรมการ
๗. นางสาวภาวณี	บุญพันธ์	กรรมการ
๘. นางสาวกัลยาณี	ภักดีกิจ	กรรมการ
๙. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เนติ	กรรมการ
๑๐. นางสาวสิรินญา	พันธุ	กรรมการ
๑๑. นางสาวกุลธิดา	ไม้เลิศ	กรรมการ
๑๒. ทนพ.ภัทรเศรษฐ์	พลเยี่ยม	กรรมการ
๑๓. นางสาวปริตตา	วงศ์สูงยาง	กรรมการ
๑๔. นางสาวนันทนา	จันทร์ศิริสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางจิตเรखा	ใจพิณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ

สหวิชาชีพโดยเน้น Care ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนดไว้

๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล



๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาสาสาอายุรศาสตร์ (PCT Med) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ แพทย์หญิงรัชชานา	ชัยณรงค์ศิริพร	ประธาน
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัษฎชัย	กรีฑะ	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรวิชัย	สุขสุวิ	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรทิพย์	นิมขุนทด	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตระวดี	ห่อพิบูลสุข	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงพนาวรรณ	บุญโสม	กรรมการ
๗. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ	กังวาลทัศน์	กรรมการ
๘. อาจารย์ นายแพทย์ธีรทัศน์	ชมบัณฑิต	กรรมการ
๙. อาจารย์ แพทย์หญิงชัชชนก	เปาอินทร์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ นายแพทย์ภาณุพงศ์	เพชรชู	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ แพทย์หญิงชลธิดา	ศรบรรชัย	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ แพทย์หญิงชนาวรรณ	ดินวีระจาร	กรรมการ
๑๓. นายแพทย์เดชแสน	แดงพลอย	กรรมการ
๑๔. นายแพทย์ธนภัตติ	ตั้งกิจเกียรติกุล	กรรมการ
๑๕. นายแพทย์ธีรณัฐศักดิ์	เบศรีบุญไธวงศ์	กรรมการ
๑๖. นางวิไลวรรณ	แคบสูงเนิน	กรรมการ
๑๗. นางพนมณิศา	ศรีธรรมสิทธิ์	กรรมการ
๑๘. นางกรรณิการ์	วงษ์ประการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนุชนารถ	เพียรภายสุน	กรรมการ
๒๐. นางสาวนภัสสินี	ฉัตรชัยศิริกุล	กรรมการ
๒๑. นางสาวเกศราภรณ์	นวลสกุลนิภา	กรรมการ
๒๒. นางสาวชฎาพร	เพ็ญนอก	กรรมการ
๒๓. นางสาวณัฐจิรา	ป้อมปัด	กรรมการ
๒๔. นางสาวสุนามภรณ์	วาชดา	กรรมการ
๒๕. นางสาววรัญญาพร	ชัยฤทธิ์	กรรมการ
๒๖. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเริง	กรรมการ
๒๗. นางณิศา	แก้วคุ้ม	กรรมการ
๒๘. นางสาวบุษบา	วัชรนิตธรรม	กรรมการ
๒๙. นางสาวสิริวัฒนา	เกิดกลาง	กรรมการ
๓๐. เกษิขารัตนชนก	สภารัตน์	กรรมการ
๓๑. นางสาวสุกัญญา	หมั่นรัตน	กรรมการ
๓๒. ทนพญ. จุฬารัตน์	เจียมธีระนาถ	กรรมการ
๓๓. ทนพ. ณัฐพล	พรหมอุตม	กรรมการ

๓๔. นางสาวกรรณา	สมพงษ์	กรรมการและเลขานุการ
๓๕. นางสาวกัญญา	ประทุมศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

๔.๒.๕ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงชนนิภา	ลิ้มหงศานุรักษ์	ประธาน
๓. แพทย์หญิงศวิดา	ทองขุนวงศ์	รองประธาน
๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๕. นางสาวกัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๖. นางสาวศวิดา	กว้างนอก	กรรมการ
๗. นางสาวเพ็ญศิริ	ประสิทธิ์ศุภการ	กรรมการ
๘. นางสาวปวีณันท์	ตอพล	กรรมการ
๙. นางสาวกัญญา	แสงสารวัด	กรรมการ
๑๐. นางสาวศิริพัฒน์	ภูเหล็ก	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรัณย์รัชต์	วิชัยจุฬาทิพย์	กรรมการ
๑๓. นางสาวนันท์รัฐกิจ	ชานมา	กรรมการ
๑๔. นายศิวะชัย	ประภาวณิง	กรรมการ
๑๕. นางสาวจิตรา	เกนส์กระโทก	กรรมการ
๑๖. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้ายของชีวิต



- ที่บ้าน
๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน
 ๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๔.๒.๑๐ คณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภักทรมรุต	ประธาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสีชา	เชื้อปรุง	รองประธาน
๓. แพทย์หญิงไวยดา	สงวนตระกูล	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงณวิภา	รัตนวิภา	กรรมการ
๕. อาจารย์ นายแพทย์รัฐภูมิ	ศิริภรณ์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมรินทร์	กรรมการ
๗. นางสาววิไลลักษณ์	พรเพชร	กรรมการ
๘. เกษิกรหญิงจิตชนก	สภรัตน์	กรรมการ
๙. นางสาวนภัสร	ภูริเดชเนาวี	กรรมการ
๑๐. นางสาวสุรินทร์	ชุมมะเรียง	กรรมการ
๑๑. นางนันทิยา	พานิชนอก	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรลดา	ประทุมคำ	กรรมการ
๑๓. นางสาวระพีพรรณ	พิมพ์สรณ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

เกี่ยวข้อง

๔. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหารุนแรง
๕. คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานเข้มงวด

วิชาชีพ

๖. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรวิชาชีพ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังต่อไปนี้

- ๕.๑ องค์กรแพทย์
- ๕.๒ องค์กรพยาบาล
- ๕.๓ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เกษิกร นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เป็นต้น

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป


สั่ง ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๔



(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลอมาวรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ที่ ๑๓๒/ ๒๕๖๕
เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

อนุสนธิคำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๒๖/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิชาการของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๓๕๓/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งหน่วยงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๒๑๒๕/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งรองคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงให้แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Improvement Committee : QIC) เปลี่ยนชื่อตำแหน่งในลำดับที่ ๓๐ - ๔๔ และลำดับที่ ๕๖ จากเดิม

๓๐. แพทย์หัวหน้าแผนก ตา หู จมูก	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสี	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เป็นชื่อตำแหน่ง

๓๐. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค นารีวิทยา	กรรมการ
๓๑. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	กรรมการ
๓๒. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	กรรมการ
๓๓. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๔. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	กรรมการ
๕๖. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
Suranaree University of Technology

111 University Avenue, Sub District Suranaree, 30000 Nakhon Phanom, 44300-4070
111 University Avenue, Sub District Suranaree, Nakhon Phanom, 30000, Thailand

๒. คณะกรรมการเชื่อมสำรวจภายใน (Internal Survey : IS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๖. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	กรรมการ
--	---------

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

๓.๑ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (Risk Management Committee : RMC) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๑๒. นางสาวสุวิมลรา เกตุศักดิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
-------------------------------	----------------------------

๓.๒ คณะกรรมการกลั่นกรองความเสี่ยงทางการแพทย์ (Risk Management Doctor : RMD) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๔. ทันตแพทย์ธนพัฒน์ ราชวงศ์	กรรมการ
-----------------------------	---------

๓.๓ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย (Response and Mediation Team : RMT) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๑๑. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญทิพย์ จิตรพิทักษ์เลิศ	กรรมการ
--	---------

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

๑๑. นางสาวมินตรา พันย์ภักดี	กรรมการ
-----------------------------	---------

๓.๖.๑ คณะกรรมการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Management Information System : MIS) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๔. นายแพทย์อรรถพร จินตภิรักษ์	กรรมการ
๑๑. นายวรวิมล ประทุมตรี	กรรมการ

๓.๖.๒ คณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical Record Audit : MRA) เพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่

๑๐. ทันตแพทย์ธนพัฒน์ ราชวงศ์	กรรมการ
------------------------------	---------


๓.๖.๔ คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเวชระเบียน (Auditor) ปรับชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๓. จาก นายแพทย์อรรถพร จินตภิรักษ์ กรรมการ เป็น

๓. นายแพทย์อรรถพร จินตภิรักษ์	ประธานและผู้ช่วยเลขานุการ
-------------------------------	---------------------------



<p>๓.๖.๕ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศให้บรรลุมาตรฐานสมาคมเวชสารสนเทศไทย (HA IT) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๑-๒ จาก ๑. พันโทหญิงนฤมล ทองวัชรใหญ่อยู่ ประธาน ๒. นางทองมี ขวศุพพรา รองประธาน เป็น</p>		
“๑. นายแพทย์วิญญู	สัลยวงศ์ทิพย์	ประธาน
๒. พันโทหญิงนฤมล	ทองวัชรใหญ่อยู่	รองประธาน”
และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่		
“๖. พันดแพทย์จบพัฒน์	ราชวงศ์	กรรมการ”
<p>๓.๗ คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๓, ๔ และ ๑๐ จาก ๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิสร่า สุบงกฏ กรรมการ ๔. แพทย์หญิงวรรณิศา วงศ์ศักดิ์มณี กรรมการ และ ๑๐. นายแพทย์แสงชัย จามกาญจนรัตน์ กรรมการ เป็น</p>		
“๓. อาจารย์ แพทย์หญิงนันทน์ภัส	ประดุงเดชา	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัทมา	ทองดี	กรรมการ
๑๐. นายแพทย์พรเทพ	ตั้งกาญจนาเวสุกุล	กรรมการ”
และเพิ่มชื่อคณะกรรมการลำดับที่		
“๑๖. พันดแพทย์หญิงทองสิทธิ์	ตั้งพรธรี	กรรมการ
๓๖. นางสาวอนันพร	ภักดีกระโชค	กรรมการ
๑๓. นางสาวปิยาภรณ์	วงษ์วิไลยะ	กรรมการ
๑๘. นายศุภพล	ศุภกนกภัทร	กรรมการ
๑๙. นางสาวฐิติรัตน์	ช้อยนอก	กรรมการ
๒๐. นางสาวศรียากร	แก้วมงคล	กรรมการ
๒๑. นางสาววรรณวิศา	อุสหา	กรรมการ”
๔. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทางคลินิก		
๔.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) เปลี่ยนตำแหน่งของคณะกรรมการลำดับที่ ๒-๔ และ ๑๓-๒๔ จากเดิม		
“๒. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล		รองประธาน
๓. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม		กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ		กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าแผนก ศัลยกรรม		กรรมการ
๑๔. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือผู้แทน		กรรมการ
๑๕. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์		กรรมการ
๑๖. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม		กรรมการ

<p>๓๗. หัวหน้าแผนกรังสี</p>			กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน			กรรมการ
๑๙. แพทย์หัวหน้าแผนก ศัลยกรรม			กรรมการ
๒๐. หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู			กรรมการ
๒๑. หัวหน้าแผนกห้องปฏิบัติการทางการแพทย์			กรรมการ
๒๒. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม			กรรมการ
๒๓. หัวหน้าแผนกรังสี			กรรมการ
๒๔. หัวหน้าแผนกพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			กรรมการ”
เป็นชื่อตำแหน่ง			
“๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ			รองประธาน
๓. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล			กรรมการ
๔. ประธานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม			กรรมการ
๑๓. แพทย์หัวหน้าสาขาวิชาสูติศาสตร์			กรรมการ
๑๔. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ			กรรมการ
๑๕. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์			กรรมการ
๑๖. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม			กรรมการ
๑๗. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย			กรรมการ
๑๘. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค คอ นาสิกวิทยา			กรรมการ
๑๙. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			กรรมการ”
๔.๒.๒ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (PCT Surgery) เพิ่มชื่อ			
คณะกรรมการลำดับที่			
“๑๔. พันดแพทย์ปัจฉิม	เนืองโคตะ		กรรมการ”
๔.๒.๓ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ นรีเวชกรรม (PCT Obstetrics and Gynecology) เปลี่ยนชื่อคณะกรรมการลำดับที่ ๒๓. จาก นางสาวสุคนธ์ สรรพชัย กรรมการ เป็น			
“๒๓. เทคนิคการแพทย์หญิงนิลรัตน์	ศุขสิทธิ์		กรรมการ”
๔.๒.๔ คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว (PCT Family Medicine) เปลี่ยนรายชื่อคณะกรรมการจาก			
“๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ที่ปรึกษา	
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริวรรณ	เชื้อปรุง	ประธาน	
๓. แพทย์หญิงพัชรีวิมล	ศุภกนกศึกษากร	กรรมการ	
๔. แพทย์หญิงชวัลย์ญา	รัตนทิพย์	กรรมการ	
๕. แพทย์หญิงชนิกานต์	สัมพันธ์บุญรักษา	กรรมการ	
๖. นางสาวอรอนงค์	เอกพงศ์เมธี	กรรมการ	

		
๓. นางสาวนันทน์	จิตรชัยกุลศิริ	กรรมการ
๔. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๕. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๑๐. นายศิวศิษฐ์	ประภาวณิง	กรรมการ
๑๑. นายรชต	แคลงกุล	กรรมการ
๑๒. นางสาวจิตรา	เกณต์กระโทก	กรรมการ
๑๓. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๔. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๕. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๑๖. นางสาวชดาภา	จรรยาของแถม	กรรมการ
๑๗. นางสาวนันทรัฐโส	ชานมา	กรรมการ
๑๘. นางกัญญาวิรัตน์	มหาวิทยาลัยสุรนารี	กรรมการและเลขานุการ
เป็นรายชื่อคณะกรรมการ ดังนี้		
๑. อาจารย์ ดร.นายแพทย์นิวัฒน์ชัย	นามวิชัยศิริกุล	ประธาน
๒. อาจารย์ นายแพทย์วิญญา	สัตยวงศ์ทิพย์	รองประธาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิริจาว	เจื้อยประ	กรรมการ
๔. แพทย์หญิงพักรัตนา	ศุภลักษณ์ศึกษากร	กรรมการ
๕. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชลลดา	รัตนพิบูลย์	กรรมการ
๖. แพทย์หญิงชนนิภาณต์	สิมพณศาบุรีรักษ์	กรรมการ
๗. นางสาวธนพร	สุวัณณ์	กรรมการ
๘. นางสาวปิ่นนธ์	ศอพล	กรรมการ
๙. นางกัญญาวิรัตน์	มหาวิทยาลัยสุรนารี	กรรมการ
๑๐. นางสาววิญญา	สินจริยานนท์	กรรมการ
๑๑. นางสาวอติธยา	ศิริวัฒนาศักดิ์	กรรมการ
๑๒. นางสาวศรีวิญญา	อุทัยมา	กรรมการ
๑๓. นางอนุรักษ์	คิดเห็น	กรรมการ
๑๔. นายศิวศิษฐ์	ประภาวณิง	กรรมการ
๑๕. นางสาวจุไรรัตน์	เอี่ยมเปา	กรรมการ
๑๖. นางสาวจิตรา	เกณต์กระโทก	กรรมการ
๑๗. นางสาวภาวณา	จำรูญ	กรรมการ
๑๘. นางสาวชลดา	บุตรพันธ์	กรรมการ
๑๙. นางสาวภัทรี	งามพลกรัง	กรรมการ
๒๐. นางสาวชดาภา	จรรยาของแถม	กรรมการ

		
๒๑. นางสาวนันทรัฐโส	ชานมา	กรรมการ
๒๒. แพทย์หญิงจิตรา	ของขุนวงศ์	กรรมการและเลขานุการ
นอกจากนี้แก้ไขแล้วให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ		
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป		
สั่ง ณ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
 (แพทย์หญิงเพิ่มศิริ เลขานุการวิรัตน์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		



คำสั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รพ.๘ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Committee : QIC) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น

ด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ใช้กลไกการบริหารจัดการที่ดี จึงต้องพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีในแต่ละด้านให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

อนึ่ง อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ว่าด้วยการบริหารงานวิสาหกิจของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๑๗๘๓/๒๕๖๔ เรื่องจ้างพนักงานตำแหน่งบริหารวิชาการ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการด้านการดูแลทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑.๑. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการแพทย์และเทคนิคบริการ	เป็น	ประธาน
๑.๒. รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล	เป็น	กรรมการ
๑.๓. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๔. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๕. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	เป็น	กรรมการ
๑.๖. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๗. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	เป็น	กรรมการ
๑.๘. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๙. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	เป็น	กรรมการ
๑.๑๐. ประธานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	เป็น	กรรมการ
๑.๑๑. แพทย์หัวหน้าสาขาจุฬาริทยา	เป็น	กรรมการ
๑.๑๒. หัวหน้าฝ่ายเทคนิคบริการ	เป็น	กรรมการ
๑.๑๓. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๑.๑๔. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	เป็น	กรรมการ

-๒-

๑.๑๕. หัวหน้าแผนกรังสีวินิจฉัย	เป็น	กรรมการ
๑.๑๖. แพทย์หัวหน้าสาขาโรค สอ นาสิกวิทยา	เป็น	กรรมการ
๑.๑๗. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	เป็น	กรรมการ
๑.๑๘. แพทย์หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เป็น	กรรมการ
๑.๑๙. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๐. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๑. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ	เป็น	กรรมการ
๑.๒๒. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๓. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	เป็น	กรรมการ
๑.๒๔. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม	เป็น	กรรมการ
๑.๒๕. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเวชศาสตร์ครอบครัว	เป็น	กรรมการ
๑.๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	เป็น	กรรมการ
๑.๒๗. พันโทหญิงหญิงคุณล	ทองวัชรไพฑูริย์	เป็น กรรมการและเลขานุการ ๑
๑.๒๘. นางสาวศุภาวรรณ	ชาติสินทร์	เป็น กรรมการและเลขานุการ ๒
๑.๒๙. นางอัญชลี	รอดสิน	เป็น กรรมการและเลขานุการ ๓
๑.๓๐. เกษียรหญิงนิรชา	สารกุล	เป็น กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๑
๑.๓๑. พนพณ นิตินันท์	สุขสุทธิ	เป็น กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๒
๑.๓๒. นายชัยชนก	จุติวาทัง	เป็น กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ๓

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแนวปฏิบัติความปลอดภัยด้านการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งภาพรวมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- จัดทำแผนปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย
- วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางระบบในการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร พร้อมทั้งติดตามตัวชี้วัดทางคลินิกให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร
- ทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาขององค์กร
- เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๓๖-

๒. คณะกรรมการด้านการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee : RMC)
ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๒.๑. อาจารย์ นายแพทย์การุญพงศ์	ภัทรามรุต	เป็น	ประธาน
๒.๒. นายแพทย์แสงชัย	งามกาญจน์รัตน์	เป็น	รองประธาน
๒.๓. อาจารย์ ดร.นริศกษณ์	สุวรรณโณบล	เป็น	กรรมการ
๒.๔. อาจารย์ นายแพทย์จิรัฐิพันธุ์	พรพสุ	เป็น	กรรมการ
๒.๕. อาจารย์ นายแพทย์ปณตพล	เด็มสินสุข	เป็น	กรรมการ
๒.๖. หัวหน้าแพทย์แผนภูมิ	ราชวงศ์	เป็น	กรรมการ
๒.๗. เกษียณการลาสุก	ดิชาวดี	เป็น	กรรมการ
๒.๘. นางสาวศุภวรรณ	ชาติศิริพันธ์	เป็น	กรรมการ
๒.๙. เทคนิคการแพทย์หญิงจุฬารัตน์	เจียมวิระนาถ	เป็น	กรรมการ
๒.๑๐. นางณัฐธานี	แป้นศรี	เป็น	กรรมการ
๒.๑๑. พันโทหญิงณฤมล	ทองวังกรใหญ่	เป็น	กรรมการ
๒.๑๒. นางอัญชลี	รอดสิน	เป็น	กรรมการ
๒.๑๓. นางวันดี	ดีใหม่	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑๔. นางสาวณัฐณี	สุริยนต์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแผนปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และประสานงานกับคณะกรรมการด้านอื่น ๆ เพื่อสื่อสารนโยบายบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ
- กำกับติดตาม และกระตุ้นให้เกิดการจัดการความเสี่ยงเชิงป้องกัน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ
- สรุปวิเคราะห์ความเสี่ยงภาพรวม แจ้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ให้คำปรึกษาหน่วยงานในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือหรือวิธีปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไขความเสี่ยงประจำหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมาย
- กระต้นการสร้างความเจตคติที่ดีในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๓. คณะกรรมการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection Control Committee : ICC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๓.๑. อาจารย์นายแพทย์พุดชัย	วิสุเทพ	เป็น	ประธาน
๓.๒. อาจารย์ แพทย์หญิงณิพนันท์	ศรีนุชศาสตร์	เป็น	รองประธาน
๓.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงสัททยา	นิยะโนส	เป็น	กรรมการ
๓.๔. แพทย์หญิงน้ำทิพย์	อัมวันกุล	เป็น	กรรมการ
๓.๕. นายแพทย์กาญจน์	วิเศษไวยหาร	เป็น	กรรมการ
๓.๖. นางสาวอนพร	สุขวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๓.๗. นางดวงรัตน์	อมตฉายา	เป็น	กรรมการ

-๓๗-

๓.๘. นางสาวนุชจรี	ศรีกัญญา	เป็น	กรรมการ
๓.๙. หัวหน้าแพทย์แผนภูมิ	ราชวงศ์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๐. นางสาวสุรางคณา	พรหมภาค	เป็น	กรรมการ
๓.๑๑. นางสาวพณภา	จนเจริญชัยวงศ์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๒. เกษียณการลาสุก	เกิดกลาง	เป็น	กรรมการ
๓.๑๓. นายอนุชา	พรโสภณ	เป็น	กรรมการ
๓.๑๔. นางอัญชลี	รอดสิน	เป็น	กรรมการ
๓.๑๕. นางสมภูมิ	โรจน์ศิริ	เป็น	กรรมการ
๓.๑๖. นายทรงกิจ	จิตต์กิตติพันธ์	เป็น	กรรมการ
๓.๑๗. นางสาวประกายแก้ว	พลแสน	เป็น	กรรมการ
๓.๑๘. นางศุภลักษณ์	อานาเสียว	เป็น	กรรมการ
๓.๑๙. นางสาวภาวดี	บุญทัน	เป็น	กรรมการ
๓.๒๐. นางนันทนา	พลสระคู	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๑. นางสาวลักขณา	กิตติศักดิ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๒. นายกิตติภูมิ	สุวรรณโคต	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดมาตรการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การใช้ยาทำลายเชื้อตามมาตรฐาน การดูแลสุขภาพบุคลากร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เผยแพร่นโยบายป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้บุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงานได้รับทราบ ดูแลให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
- จัดอบรม พัฒนา บุคลากรให้ความรู้ในด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานด้านป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การสอบสวน และควบคุมการระบาด ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อประโยชน์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ทราบปัญหา และร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือจัดประชุมสืบหากพบว่ามีกรณีผิดปกติ เช่น การระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล หรือวางแผนการเตรียมรับมืออุบัติการณ์ใหม่
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๕-

๔. คณะกรรมการด้านเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee : PTC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๔.๑. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	เป็น	ประธาน
๔.๒. อาจารย์ นายแพทย์ก่อเกียรติ กังวาลทัศน์	เป็น	รองประธาน
๔.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงชลิสรา สุนภกัญ	เป็น	กรรมการ
๔.๔. อาจารย์ แพทย์หญิงธนาภรณ์ กังวาลทัศน์	เป็น	กรรมการ
๔.๕. อาจารย์ นายแพทย์ชัยอนันต์ ดันติสศิริกุล	เป็น	กรรมการ
๔.๖. อาจารย์ แพทย์หญิงอารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์	เป็น	กรรมการ
๔.๗. นายแพทย์อรุณเดช ศรีพิลา	เป็น	กรรมการ
๔.๘. อาจารย์ นายแพทย์ภาณุพันธ์ วิเศษโฆหาร	เป็น	กรรมการ
๔.๙. นพ.ณัฐเกียรติ ชัยบรรจงวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๔.๑๐. นายเอกรินทร์ อินทร์รัมย์	เป็น	กรรมการ
๔.๑๑. นายชฎกพร อ่อนอก	เป็น	กรรมการ
๔.๑๒. นางสาวแพรวไพสิน แอ้วโคกสูง	เป็น	กรรมการ
๔.๑๓. นางสาวสุรางคนา พรหมมาศ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๔. นางสาวบุญญาพร วันทองทิ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๕. นางสาวยุพิน เลาขุนทด	เป็น	กรรมการ
๔.๑๖. นางวิไลวรรณ แดบสูงเนิน	เป็น	กรรมการ
๔.๑๗. นางสาวธนัชพร กักตักกระโทก	เป็น	กรรมการ
๔.๑๘. นางสาวปิ่นชญา ศุภอนการ	เป็น	กรรมการ
๔.๑๙. นางสาวจินต์จุฬา หวายสันติยะ	เป็น	กรรมการ
๔.๒๐. นางสาวศิริภรณ์ สุขอนันต์	เป็น	กรรมการ
๔.๒๑. นางสาวนันทพรชัย ชะระเชือน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๒. นางสาวภาวดี บุญทัน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๓. นางสาวฐิติรัตน์ ช่อยนอก	เป็น	กรรมการ
๔.๒๔. นางสาวศิริยากร แก้วมงคล	เป็น	กรรมการ
๔.๒๕. นางสาวเกศราภรณ์ นวลสกุลนิภา	เป็น	กรรมการ
๔.๒๖. นางสาวจิระภา นิตคง	เป็น	กรรมการ
๔.๒๗. เกษิณกรหญิงมณีรัตน์ ดางสูงเนิน	เป็น	กรรมการ
๔.๒๘. เกษิณกรหญิงเสาวพัฒนา เกิดกลาง	เป็น	กรรมการ
๔.๒๙. เกษิณกรผาสุก ติระชาติ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๔.๓๐. เกษิณกรหญิงภาวิณี สุขศรี	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔.๓๑. เกษิณกรหญิงพรพิศ นอกระโทก	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔.๓๒. นางขวัญนภา สอนชิต	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

-๖-

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดมาตรการพัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา
- ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยงข้อมูลโรคและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินการนโยบาย พัฒนาระบบ และแนวทางการใช้ยาเพื่อความปลอดภัย
- พิจารณาการยา และสารเคมีเข้า-ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักวิชาแพทยศาสตร์
- ประเมินและติดตามผลของการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมินเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๕. คณะกรรมการด้านการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center : OSCC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๕.๑. อาจารย์นายแพทย์การุญพงศ์ ภัทรมธุต	เป็น	ประธาน
๕.๒. แพทย์หญิงศุภา หองขุนวงศ์	เป็น	รองประธาน
๕.๓. อาจารย์แพทย์หญิงปณณช จงเจริญใจ	เป็น	กรรมการ
๕.๔. แพทย์หญิงณัฏฐา รัตนวิภาพงษ์	เป็น	กรรมการ
๕.๕. อาจารย์นายแพทย์ณัฏฐา กิตติภักดิ์	เป็น	กรรมการ
๕.๖. แพทย์หญิงน้ำทิพย์ อิมวัฒกุล	เป็น	กรรมการ
๕.๗. นางสาววิไลลักษณ์ พรหมเพชร	เป็น	กรรมการ
๕.๘. นางสาวนภัทร ภูริเดชเมธาวี	เป็น	กรรมการ
๕.๙. นางสาวสุรินทร์ ชุ่มมะเรียง	เป็น	กรรมการ
๕.๑๐. นางสาวอุติมา สมสิทธิ์	เป็น	กรรมการ
๕.๑๑. นางจิตตรา ประทุมคำ	เป็น	กรรมการ
๕.๑๒. นางสาวนารดา ญาติเจริญ	เป็น	เลขานุการ
๕.๑๓. นางสาววรัญญา สิงขรยานนท์	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- กำหนดแนวปฏิบัติและวางแผนพัฒนาระบบงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
- ให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับการแจ้งเหตุและแจ้งความทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ
- รับแจ้งเหตุเด็กและสตรีที่ถูกทำร้าย รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สร้างเครือข่ายการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ประสบปัญหาการรุนแรง
- คัดกรองช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยยึดแนวทางการปฏิบัติงานทีมสหสาขาวิชาชีพ
- เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลหรือส่งต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย



-๘-

๖. คณะกรรมการด้านการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Environmental Management Committee : ENV) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๖.๑. อาจารย์ ดร.วีรลักษณ์ สุวรรณโณ	เป็น	ประธาน
๖.๒. พันโทหญิงหญิงนฤมล ทองวัชรโพลย์	เป็น	รองประธาน
๖.๓. นายวัชรินทร์ สิงคณะ	เป็น	กรรมการ
๖.๔. นางสาวผกามาศ จงเจริญชัยวงศ์	เป็น	กรรมการ
๖.๕. นายทรงกิจ จิตภักดิ์ดินทร์	เป็น	กรรมการ
๖.๖. นางสาวนันท์ฐกัล ขานนา	เป็น	กรรมการ
๖.๗. นางสาวมินตรา พันธุ์ภักดี	เป็น	กรรมการ
๖.๘. นางสาวฐิติมา จำปาบุล	เป็น	กรรมการ
๖.๙. นายวัชรวิทย์ เชตอริกุล	เป็น	กรรมการ
๖.๑๐. นางสาวกัญญาณี ภัคสีกข์	เป็น	กรรมการ
๖.๑๑. นางสาวอรนพร สุวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๖.๑๒. นางสาวสุพิชา พรหมบุตร	เป็น	กรรมการ
๖.๑๓. นางสาวศรณารม บุญนำรัตน์	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๖.๑๔. นางสาวศรัณญา อุทัยมา	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖.๑๕. นางสาวสุกัลลรา เกตุศักดิ์	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

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

-๘-

๗. คณะกรรมการด้านการจัดการสารสนเทศโรงพยาบาล (IMC) ประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

๗.๑. นายแพทย์ธีรภัทร แสงทองพิทักษ์	เป็น	ประธาน
๗.๒. นายแพทย์อุทัย จินตรักษ์	เป็น	รองประธาน
๗.๓. อาจารย์ แพทย์หญิงวิชุดา เกียรติมงคล	เป็น	กรรมการ
๗.๔. หัวหน้าฝ่ายการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๗.๕. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	เป็น	กรรมการ
๗.๖. หัวหน้าฝ่ายพยาบาลด้านการบริหารแผนงาน	เป็น	กรรมการ
๗.๗. หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	เป็น	กรรมการ
๗.๘. หัวหน้าฝ่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	เป็น	กรรมการ
๗.๙. หัวหน้าแผนกเวชระเบียนและเวชสถิติ	เป็น	กรรมการ
๗.๑๐. หัวหน้าแผนกหลักประกัน	เป็น	กรรมการ
๗.๑๑. หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน โสต คอ นสิก	เป็น	กรรมการ
๗.๑๒. หัวหน้าแผนกสารสนเทศ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๗.๑๓. เจ้าหน้าที่ธุรการแผนกสารสนเทศ	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวปฏิบัติสารสนเทศให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
๒. บริหารจัดการระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
๓. พัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาล
๔. ติดตามการดำเนินงานตามแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ
๕. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานสารสนเทศโรงพยาบาล เสนอต่อคณะกรรมการที่มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลตามสมควร
๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

๘. คณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ประกอบด้วย บุคคล ดังต่อไปนี้

๘.๑. แพทย์หญิงชนนิภานต์ ลิ้มทองานุรักษ์	เป็น	ประธาน
๘.๒. แพทย์หญิงทริดา ทองขุนวงศ์	เป็น	รองประธาน
๘.๓. นางสาวอรอนงค์ เอกพงษ์เมธี	เป็น	กรรมการ
๘.๔. นางสาวชลดา บุตรหัน	เป็น	กรรมการ
๘.๕. นางสาวศรिता กว้างนอก	เป็น	กรรมการ
๘.๖. นางสาวภัทรี จามพลกรัง	เป็น	กรรมการ



-๙-

๘.๗. นางสาวปริญภรณ์	วงศ์ศักดิ์	เป็น	กรรมการ
๘.๘. นางสาวอภิรัตน์	คำชัยวัฒน์	เป็น	กรรมการ
๘.๙. นางสาวภาวณา	จำรูญ	เป็น	กรรมการ
๘.๑๐. นางสาวอินยาพร	ผดุงชีพ	เป็น	กรรมการ
๘.๑๑. นางสาวศิริพันธ์	ภูเหล็ก	เป็น	กรรมการ
๘.๑๒. นางสาวพิศยา	กิริวัฒน์ศักดิ์	เป็น	กรรมการ
๘.๑๓. นางสาวนันทิฐภัต	ขามมา	เป็น	กรรมการ
๘.๑๔. นายศิวิชัย	ประภาวณิช	เป็น	กรรมการ
๘.๑๕. นางสาวจิตรา	เกตุภักดิ์	เป็น	กรรมการ
๘.๑๖. นางสาวกัญญา	แสงสารวิธ	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
๘.๑๗. นางสาวนารดา	ญาติเจริญ	เป็น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. ให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ตนสามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้สามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายจนวาระสุดท้าย
๔. จัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
๕. จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน
๖. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ลง ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(แพทย์หญิงเพ็ญศิริ เลิศมานุรักษ์รัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ภาคผนวก ค-9

นโยบายความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน





ประกาศโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง นโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่จะส่งผลต่อบุคลากร ผู้มารับบริการ จึงได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎหมาย และข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
๒. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน เพื่อให้มั่นใจว่าความเสี่ยงได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างถูกต้อง และเหมาะสม
๓. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถ มีความตระหนัก และสร้างจิตสำนึกต่องานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน
๔. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ในด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และ พลังงาน ได้รับการพัฒนา
๕. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สนับสนุนให้มีการลดใช้กล่องโฟมหรือถุงพลาสติก ดำเนินการคัดแยกขยะและกำจัดขยะให้เหมาะสมตามแนวทางของโรงพยาบาล และเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาล
๖. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีการตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรคประจำปี และส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดสรรพื้นที่สำหรับออกกำลังกายภายใน โรงพยาบาล
๗. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะดำเนินการประหยัดพลังงานอย่างเหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายการใช้พลังงานในแต่ละปี
๘. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะปฏิบัติตามระบบการจัดการพลังงานของกรมพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน



ภาคผนวก ค-10

ปริมาณขยะรีไซเคิล ปริมาณขยะต่าง ๆ



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม
โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

น้ำหนักขยะติดเชื้อ

ปีงบประมาณ 2563

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	รวม
ตุลาคม	8,870.00	70,960.00	222.00	7,770.00	-	-	
พฤศจิกายน	5,903.00	47,224.00	124.00	4,340.00	-	-	
ธันวาคม	4,146.00	33,168.00	97.00	3,395.00	-	-	
มกราคม	6,992.00	55,936.00	175.00	6,125.00	-	-	
กุมภาพันธ์	5,775.00	46,200.00	440.00	15,400.00	-	-	
มีนาคม	7,199.00	57,592.00	150.00	5,250.00	-	-	
เมษายน	6,252.00	50,016.00	185.00	6,475.00	-	-	
พฤษภาคม	6,245.00	49,960.00	166.00	5,810.00	-	-	
มิถุนายน	7,352.00	58,816.00	80.00	2,800.00	93.00	3,255.00	
กรกฎาคม	7,900.00	63,200.00	20.00	700.00	83.00	2,905.00	
สิงหาคม	8,778.00	70,224.00	64.00	2,240.00	108.00	3,780.00	
กันยายน	9,081.00	72,648.00	73.00	2,555.00	143.00	5,005.00	
รวม(กก./บาท)	84,493.00	675,944.00	1,796.00	62,860.00	427.00	14,945.00	
เฉลี่ยต่อเดือน(กก.)	7,041.08	56,328.67	149.67	5,238.33	35.58	1,245.42	

**หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคาที่โลกเริ่มละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคาที่โลกเริ่มละ 35 บาท



ภาคผนวก รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม

โครงการศูนย์ปฏิบัติการศึกษาและวิจัยสุขภาพ และโครงการศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ส่วนขยาย)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม														
ปีงบประมาณ 2565 (ไตรมาสที่ 4)														
วันที่	ประเภทการดำเนินงาน	แหล่งที่มา	กิจกรรมการดำเนินงาน	รายละเอียดการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	การติดตามตรวจสอบ	การประเมินผลกระทบ	การแก้ไขผลกระทบ	การติดตามตรวจสอบ	การประเมินผลกระทบ	การแก้ไขผลกระทบ	การติดตามตรวจสอบ	การประเมินผลกระทบ	การแก้ไขผลกระทบ
12/1/64	0.00	510.00	1000.00											
20/1/64	0.00	418.00	0.00											
23/6/64	0.00	208.00	750.00											
29/6/64	18.00	208.00	278.00											
รวม	18.00	1,424.00	2,048.00											
12/1/64	0.00	160.00	600.00											
13/2/64	0.00	350.00	570.00											
20/2/64	0.00	360.00	660.00											
รวม	0.00	870.00	1,430.00											
10/3/64	0.00	0.00	590.00											
12/3/64	0.00	370.00	250.00											
23/3/64	0.00	270.00	870.00											
รวม	0.00	640.00	1710.00											
5/4/64	0	400	775											
8/4/64	0	140	258											
23/4/64	0	320	460											
รวม	0.00	860.00	1,493.00											
8/5/64	0.00	400.00	300.00											
15/5/64	0.00	810.00	300.00											
20/5/64	0.00	260.00	0.00											
31/5/64	25.00	611.00	605.00											
รวม	25.00	2,081.00	1,095.00											
4/6/64	0.00	59.00	90.00											
11/6/64	0.00	251.00	521.00											
18/6/64	0.00	180.00	360.00											
25/6/64	0.00	390.00	465.00											
รวม	0.00	880.00	1,436.00											
2/7/64	160.00	250.00	420.00											
9/7/64	0.00	160.00	0.00											
16/7/64	160.00	250.00	420.00											
30/7/64	0.00	370.00	655.00											
รวม	320.00	1,030.00	1,495.00											
8/8/64	0	370	450											
10/8/64	0	60	0											
16/8/64	236	395	630											
20/8/64	18	150	291											
27/8/64	25	225	447											
31/8/64	34	93	206											
รวม	311	1,293	2,624											
3/9/64	16	190.5	1.25											
7/9/64	8	108	296											
10/9/64	20	74	280											
12/9/64	33	236	505											
21/9/64	9	150	248											
24/9/64	12	125	191											
29/9/64	14	97	212											
รวม	112	970.5	1,827											
5/10/64	48	292	447											
8/10/64	13	146	252											
11/10/64	22	100	254											
15/10/64	10	185	252											
18/10/64	25	124	331											
26/10/64	33	250	494											
28/10/64	22.5	154	235											
รวม	173.5	1,251	2,255											
2/11/64	26	48	294											
5/11/64	57	83	238											
9/11/64	27	70	271											
16/11/64	88	176	544											
18/11/64	16	70	238											
25/11/64	35	63	248											
26/11/64	12	120	181											
30/11/64	19	89	232											
รวม	280	719	2,224											
3/12/64	16	149	257											
7/12/64	81	166	428											
14/12/64	58	124	412											
17/12/64	9	149	249											
26/12/64	29	74	240											
28/12/64	62	126	220											
รวม	255	1,338	1,804											



น้ำหนักขยะติดเชื้อ
 ปีงบประมาณ 2564

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	หมายเหตุ
ตุลาคม	10,512.00	84,096.00	56.00	1,960.00	157.00	5,495.00	
พฤศจิกายน	10,571.00	84,568.00	20.00	700.00	76.00	2,660.00	
ธันวาคม	11,709.00	93,624.00	23.00	805.00	102.00	3,570.00	
มกราคม	10,555.00	84,440.00	130.00	4,550.00	77.00	2,695.00	
กุมภาพันธ์	9,099.00	72,792.00	8.00	280.00	23.00	805.00	
มีนาคม	10,705.00	85,640.00	-	-	34.00	1,190.00	
เมษายน	9,145.00	73,160.00	-	-	78.00	2,730.00	
พฤษภาคม	9,905.00	79,240.00	40.00	1,400.00	11.00	385.00	
มิถุนายน	10,534.00	84,272.00	-	-	53.00	1,855.00	
กรกฎาคม	13,205.00	105,640.00	-	-	37.00	1,295.00	
สิงหาคม	19,751.00	158,008.00	-	-	20.00	700.00	
กันยายน	22,635.00	181,080.00	-	-	-	-	
รวม(กก./บาท)	115,534.00	1,186,560.00	178.00	9,695.00	333.00	23,380.00	
เฉลี่ยต่อเดือน	9,627.83	98,880.00	14.83	807.92	27.75	1,948.33	

** หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคา/กิโลกรัมละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคา/กิโลกรัมละ 35 บาท



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ระยะดำเนินการ) ประจำปี 2565 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)

[illegible]

น้ำหนักขยะติดเชื้อ

ปีงบประมาณ 2565

เดือน	ขยะติดเชื้อ(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะอันตราย(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	ขยะเคมีบำบัด(กิโลกรัม)	คิดเป็นเงิน(บาท)	หมายเหตุ
ตุลาคม	24,460.00	195,680.00	-	-	-	-	
พฤศจิกายน	22,860.00	182,880.00	-	-	25.00	875.00	
ธันวาคม	21,425.00	171,400.00	-	-	10.00	350.00	
มกราคม	24,622.00	196,976.00	-	-	-	-	
กุมภาพันธ์	25,760.00	206,240.00	-	-	-	-	
มีนาคม	31,350.00	250,800.00	-	-	-	-	
เมษายน	28,559.00	228,472.00	-	-	-	-	
พฤษภาคม	26,440.00	211,520.00	-	-	-	-	
มิถุนายน	22,626.00	181,008.00	-	-	-	-	
กรกฎาคม	19,390.00	155,120.00	-	-	-	-	
สิงหาคม	22,104.00	176,832.00	15.00	525.00	41.00	1,435.00	98 และขึ้น2วันเวช
กันยายน			-	-	-	-	
รวม(กก./บาท)	269,616.00	2,156,928.00	15.00	525.00	76.00	2,660.00	
เฉลี่ยต่อเดือน(กก.)	26,961.60	215,692.80	1.88	65.63	9.50	332.50	
เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)		215,692.80		65.63		332.50	

** หมายเหตุ

ค่ากำจัดขยะติดเชื้อ ราคา กิโลกรัม ละ 8 บาท

ค่ากำจัดขยะอันตราย/เคมีบำบัด ราคา กิโลกรัม ละ 35 บาท



เดือน	โรงพยาบาล	
	ขอรับ (กก.)	เคสอาหาร (กก.)
1 พฤษภาคม 2562	22,110	-
1 มิถุนายน 2562	17,610	-
1 กรกฎาคม 2562	18,300	-
1 สิงหาคม 2562	21,270	-
1 กันยายน 2562	17,780	-
1 ตุลาคม 2562	16,765	-
1 พฤศจิกายน 2562	18,470	-
1 ธันวาคม 2562	18,390	-
โดยรวม	150,695	0
1 มกราคม 2563	18,020	-
1 กุมภาพันธ์ 2563	20,470	-
1 มีนาคม 2563	19,690	-
1 เมษายน 2563	18,320	-
1 พฤษภาคม 2563	19,340	-
1 มิถุนายน 2563	17,700	-
1 กรกฎาคม 2563	18,780	-
1 สิงหาคม 2563	30,990	-
1 กันยายน 2563	24,190	-
1 ตุลาคม 2563	25,490	-
1 พฤศจิกายน 2563	24,600	-
1 ธันวาคม 2563	23,850	-
โดยรวม	261,440	0
1 มกราคม 2564	18,250	-
1 กุมภาพันธ์ 2564	16,040	116
1 มีนาคม 2564	21,460	411
1 เมษายน 2564	19,130	573
1 พฤษภาคม 2564	27,419	647
1 มิถุนายน 2564	26,730	727
1 กรกฎาคม 2564	26,030	897
1 สิงหาคม 2564	27,750	1,390
1 กันยายน 2564	29,740	1,871
1 ตุลาคม 2564	26,650	1,813
1 พฤศจิกายน 2564	28,040	2,215
1 ธันวาคม 2564	29,520	2,207
โดยรวม	296,759	12,867
1 มกราคม 2565	32,680	2,277
1 กุมภาพันธ์ 2565	30,740	2,146
1 มีนาคม 2565	34,690	2,578
1 เมษายน 2565	26,867	2,469
1 พฤษภาคม 2565	34,240	2,345
1 มิถุนายน 2565	32,335	2,656
1 กรกฎาคม 2565	29,895	2,638
1 สิงหาคม 2565	38,185	2,979
1 กันยายน 2565	38,920	1,845
1 ตุลาคม 2565	37,985	3,090
1 พฤศจิกายน 2565	36,720	3,370
1 ธันวาคม 2565	35,625	5,490
โดยรวม	408,882	33,883
รวมทั้งสิ้น (กก.)	1,117,776	46,750

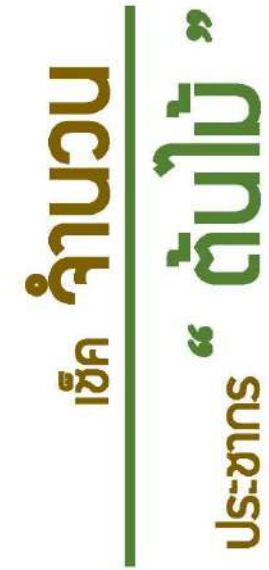
ภาคผนวก ค-11

แผนการปลูกต้นไม้ประจำปี





















5.ต้นปีบทอง		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	1	ต้น	ไม่รอด	-	ต้น
6.ต้นทองกวาว		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	25	ต้น	ไม่รอด	-	ต้น
7.ต้นเตย		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	11	ต้น	ไม่รอด	3	ต้น
8.ต้นเหลืองปรีดียาธร		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	8	ต้น	ไม่รอด	1	ต้น

9.ต้นสะเดา		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	3	ต้น	ไม่รอด	-	ต้น
10.ต้นมะขาม		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	3	ต้น	ไม่รอด	-	ต้น
11.ต้นลั่น		จำนวนต้นต้น	-	ต้น	รอด	2	ต้น	ไม่รอด	-	ต้น
12.ต้นหางนกยูง		จำนวนต้นต้น	150	ต้น	รอด	132	ต้น	ไม่รอด	5	ต้น



13. ต้นตีนเป็ด



จำนวนต้นต้น

—

ต้น

รอด	ไม่รอด
1	—
ต้น	ต้น

14. ต้นกระบก



จำนวนต้นต้น

—

ต้น

รอด	ไม่รอด
1	1
ต้น	ต้น

15. ต้นมะม่วง



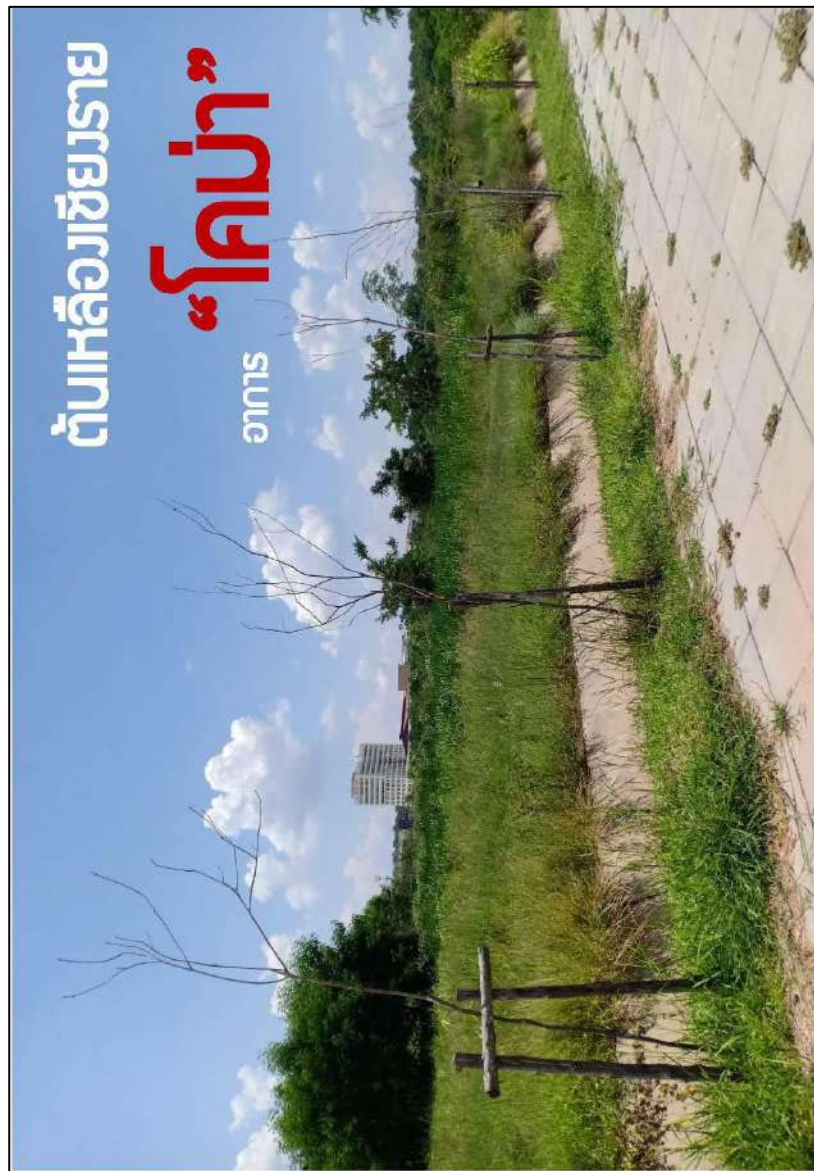
จำนวนต้นต้น

—

ต้น

รอด	ไม่รอด
1	—
ต้น	ต้น







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 โคนใบสอบปลายใบแหลมมน ขอบใบหยักห่างๆ ดอกออกเป็นช่อที่ปลายกิ่ง กลีบเลี้ยง 5 กลีบ เชื่อมติดกันเป็นหลอด มีขนสีน้ำตาลคลุม หนาแน่น กลีบดอก 5 กลีบ สีเหลือง เชื่อมติดกันเป็นหลอด รูปแตร ผลเป็นผลแห้งแตก สีนํ้าตาล มีขนคลุมหนาแน่น เมล็ดแบน มีปีก จำนวนมาก

การกระจายพันธุ์ : ขึ้นกำเนิด อเมริกาเขตร้อน (บราซิล) การปลูกเลี้ยง ดิบร่วม อากาศเย็น แสงแดดจัด น้ำปานกลาง ขยายพันธุ์ เพาะเมล็ด

ช่วงเวลาการออกดอก : มกราคม – เมษายน

ประโยชน์ : ปลูกเป็นไม้ประดับ

การใช้ประโยชน์ด้านสมุนไพร : -

ถิ่นร่วม ..?

อากาศเย็น ..?

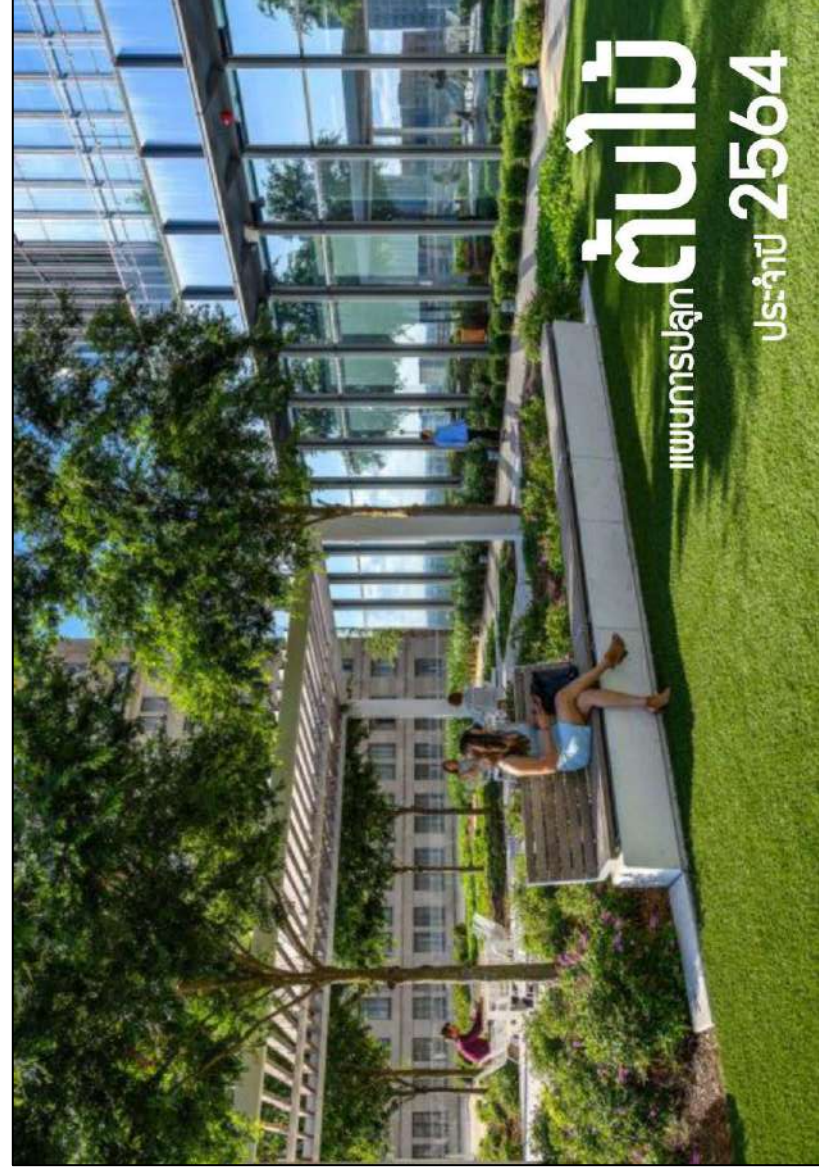
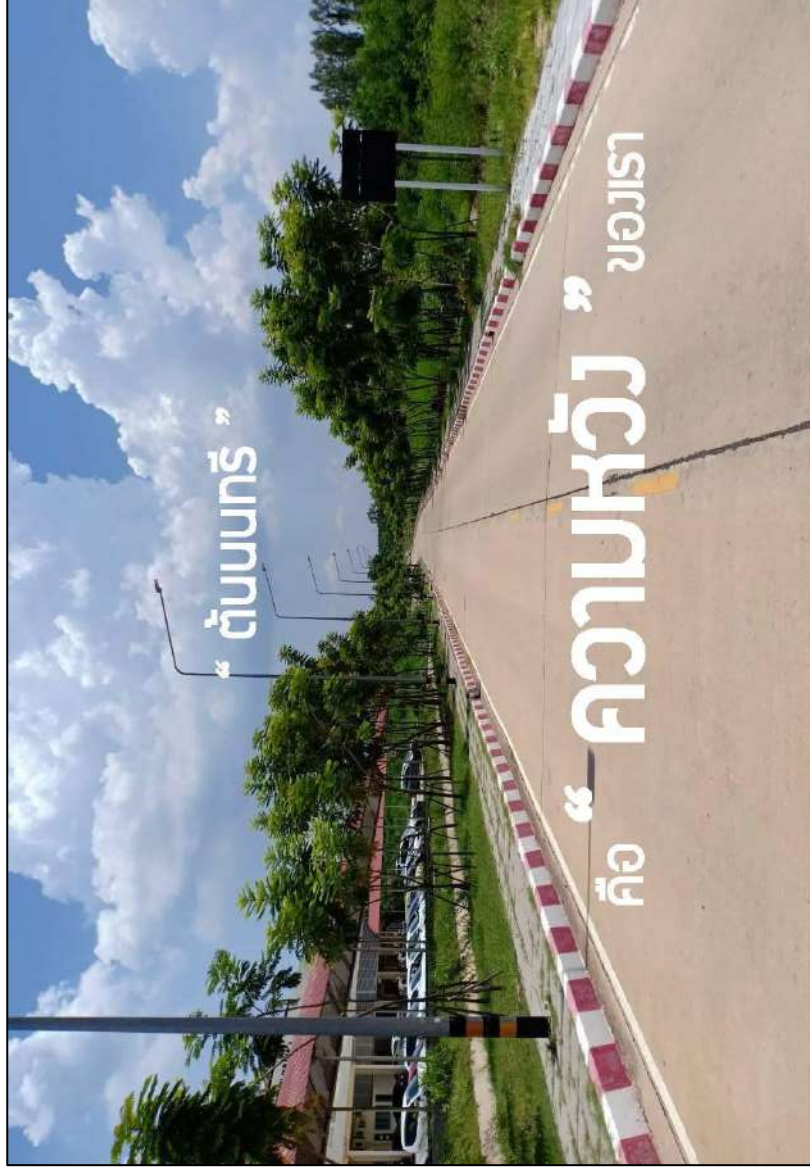
● แสงแดดจัด

น้ำปานกลาง ..?

ต้นเสลา



วัชพืช ... คริณฉนวน






... จะปลูกต่อ ...
แล้วให้แถวตาช่วยเลี้ยง
หรือ
บำรุงรักษาต้นเดิม
หรือ
“ควบคู่” กับไป



ควร
ปลูกต่อ
ในพื้นที่
ที่สามารถ
“ดูแล”
ได้ทั่วถึง



1.

ศูนย์รังสีวินิจฉัย DURANIZE IMAGING CENTER

โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์
หน้าอาคารศูนย์รังสีวินิจฉัย
(รวมวงเวียนน้ำพุ)

- จุด **สวนหิน** ด้านหน้าอาคารถั 2 ชั้นใช้ไม้พุ่มเตี้ย , ตกแต่งหินกรวดแบบเก้
- ปลูกลไม้พุ่มเตี้ย - ไม้พุ่มกลา ล้อมรอบวงเวียนน้ำพุ

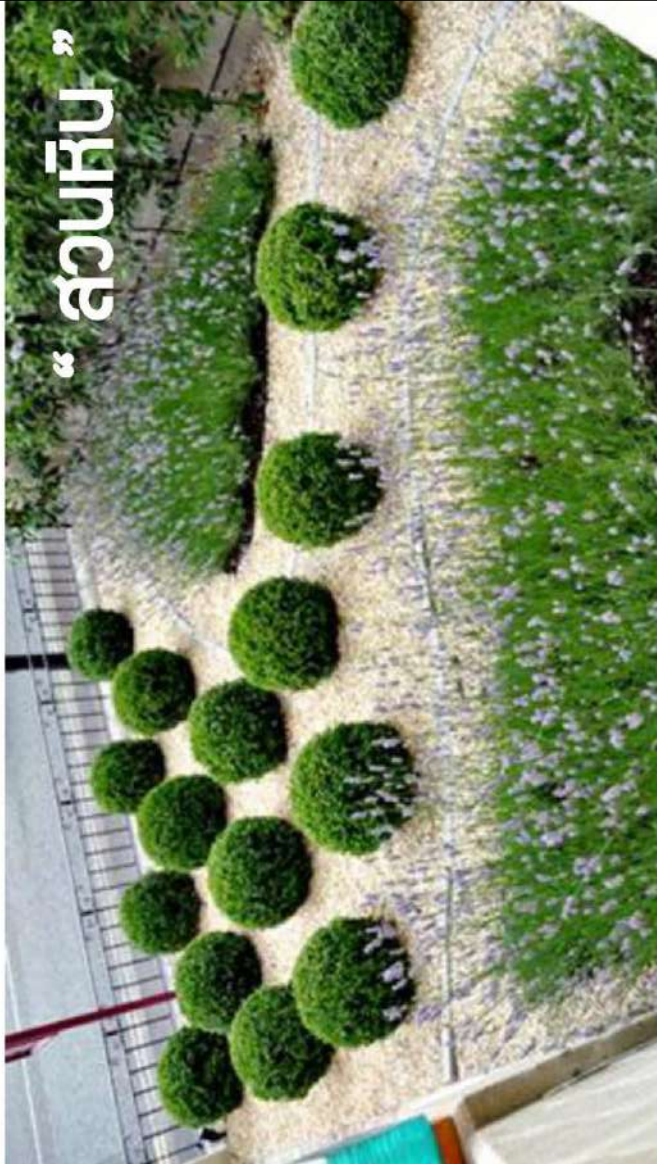






บริเวณน้ำพุ

สวนหย่อมด้านซ้าย



สวนหย่อมด้านขวา



โครงการปรับปรุงภูมิทัศน์
ทางเดินข้าม COVER WAY
 (3 แยกอาคารกันตกรรม ถึง อาคารความเป็นเลิศ)

- จัดไม้พุ่ม บริเวณที่ว่างข้างทางเดิน ทั้ง 2 ฝั่งให้ไม่เพี้ยน

ยี่โกแระ บัวออน คริสต์มาส

ส่วนที่ ส่วยงาน มาพร้อมกับ ราคา ที่ต้องจ่าย



ขอขอบคุณ

อาจารย์ ดร.เอกรักษ์ สุขจิต
ต้นทางขอมารัก จักทำแผนการปลูกต้นไม้ ประจำปี 2564

คุณวิชรินทร์ สิมหัตตะนะ
ที่ปรึกษาระหว่างดำเนินการ

คุณคณาวรรณ บุณย์รัตน์
สำหรับข้อมูลขอพิมพ์ไม้ปี 2563

คุณยศพล ไบห์ลือ
คุณนันทพัทธ์ พลาทิพย์
สำหรับการร่วมการจ้าง บริษัทบวประชากรรับไม้ภายใน รพ.

โครงการปลูกรักษัฟักปลอดภัย

ปัจจุบัน



- มีหญ้าปกคลุม
- ต้นผัก ผลไม้ บางส่วนตายสาเหตุ
 - ถูกขูดออกเพื่อเดินสายไฟใต้ดิน
 - น้ำท่วม

ผลผลิต ด้านหลังตึกโภชนาการ



ผลผลิตข้างตึกทันตกรรม

ปัจจุบัน



โอกาสพัฒนาปี 2566

- จัดตั้งโครงการชมรมปลูกผักปลอดภัย
- - เพื่อดูแลและบำรุงรักษาแปลงผักที่มีอยู่ปัจจุบัน
- - เพื่อปลูกเพิ่มตามฤดูกาล

งานสุขาภิบาลอาหาร

- การส่งตรวจจุลินทรีย์ในอาหารปีละ 1 ครั้ง ตรวจ **Aerobic plate count , Clostridium perfringens, Salmonella spp., Staphylococcus aureus** (ตรวจโดยศูนย์เครื่องมือและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)
- การตรวจสุขาภิบาลอาหารไตรมาสละ 1 ครั้ง (ตรวจโดยทีมระบดฯของ รพ.)

เมนูสุขภาพ



โอกาสพัฒนาปี 2566

- - เพิ่มเมนูสุขภาพของร้านอาหารภายในโรงพยาบาล
- - การตรวจสุขาภิบาลอาหารจากผู้ตรวจประเมินภายนอก
- - เมนูอาหารผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
- - กลุ่มอาหารเฉพาะโรค เป็นเมนูสุขภาพทั้งหมด