

แบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล
เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ลำดับ	ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการแพทย์	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
		วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง					
1	การประเมินผู้ป่วย (ข)					
2	การวัดสัญญาณชีพ (ข)					
3	การทำแผล/ห้ามเลือด (ข)					
4	การตามกระดูก (ข)					
5	ใส่ collar (ข)					
6	การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางใช้มือบีบ (ข) หรือการดูดเสมหะด้วยเครื่องมือกล (ค)					
7	การเปิดทางเดินหายใจ (ข)					
8	การให้ออกซิเจนทางจมูก (ข)					
9	การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมีถุงกักอากาศ (ค)					
10	การช่วยทำ CPR (ง)					
11	การวัด O ₂ sat (ข)					
12	การติด lead EKG (ค)					
13	การประเมิน neurological sign (GCS) (ข)					
14	การเจาะ DTX (ค)					
15	การใช้ถุงบีบลมผ่านหน้ากากกันลมย้อน (ค)					
	หัวหน้าเวร					
	ชื่อโรงพยาบาล					

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ลำดับ	ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการแพทย์	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
		วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง					
1	การประเมินผู้ป่วย (ข)					
2	การวัดสัญญาณชีพ (ข)					
3	การทำแผล/ห้ามเลือด (ข)					
4	การตามกระดุก (ข)					
5	ใส่ collar (ข)					
6	การดูดมหายใจด้วยลูกสูบลมที่ใช้มือบีบ (ข) หรือการดูดมหายใจด้วยเครื่องมือกล (ค)					
7	การเปิดทางเดินหายใจ (ข)					
8	การให้ออกซิเจนทางจมูก (ข)					
9	การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมีถุงกักอากาศ (ค)					
10	การช่วยทำ CPR (ง)					
11	การวัด O ₂ sat (ข)					
12	การติด lead EKG (ค)					
13	การประเมิน neurological sign (GCS) (ข)					
14	การเจาะ DTX (ค)					
15	การใช้ถุงบีบลมผ่านหน้ากากกั้นลมย้อน (ค)					
	หัวหน้าเวร ชื่อโรงพยาบาล					

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ทำแบบฟอร์มนี้

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ลำดับ	ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการแพทย์	ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12	ครั้งที่ 13	ครั้งที่ 14	ครั้งที่ 15
		วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง					
1	การประเมินผู้ป่วย (ข)					
2	การวัดสัญญาณชีพ (ข)					
3	การทำแผล/ห้ามเลือด (ข)					
4	การตามกระดุก (ข)					
5	ใส่ collar (ข)					
6	การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางใช้มือบีบ (ข) หรือการดูดเสมหะด้วยเครื่องมือกล (ค)					
7	การเปิดทางเดินหายใจ (ข)					
8	การให้ออกซิเจนทางจมูก (ข)					
9	การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมีถุงกักอากาศ (ค)					
10	การช่วยทำ CPR (ง)					
11	การวัด O ₂ sat (ข)					
12	การติด lead EKG (ค)					
13	การประเมิน neurological sign (GCS) (ข)					
14	การเจาะ DTX (ค)					
15	การใช้ถุงบีบลมผ่านหน้ากากกั้นลมย้อน (ค)					
	หัวหน้าเวร ชื่อโรงพยาบาล					

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน **ในโรงพยาบาล** ท้ายแบบฟอร์มนี้

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ลำดับ	ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการแพทย์	ครั้งที่ 16	ครั้งที่ 17	ครั้งที่ 18	ครั้งที่ 19	ครั้งที่ 20
		วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง					
1	การประเมินผู้ป่วย (ข)					
2	การวัดสัญญาณชีพ (ข)					
3	การทำแผล/ห้ามเลือด (ข)					
4	การตามกระดุก (ข)					
5	ใส่ collar (ข)					
6	การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางใช้มือบีบ (ข) หรือการดูดเสมหะด้วยเครื่องมือ กล (ค)					
7	การเปิดทางเดินหายใจ (ข)					
8	การให้ออกซิเจนทางจมูก (ข)					
9	การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมีถุงกักอากาศ (ค)					
10	การช่วยทำ CPR (ง)					
11	การวัด O ₂ sat (ข)					
12	การติด lead EKG (ค)					
13	การประเมิน neurological sign (GCS) (ข)					
14	การเจาะ DTX (ค)					
15	การใช้ถุงบีบลมผ่านหน้ากากกันลม ย้อน (ค)					
	หัวหน้าเวร ชื่อโรงพยาบาล					

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติการ

(.....)

ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ว/ด/ป.....

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

**ข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล เพื่อการต่ออายุ
ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์**

.....

การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล เป็นการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ซึ่งต้องเป็นภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ หรือนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

ข้อ ๑ คุณลักษณะของโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล

๑.๑ เป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการและมีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่

๑.๒ ยินดีให้ผู้ปฏิบัติการเข้ารับการปฏิบัติการฉุกเฉิน และยินดีประเมินผลการปฏิบัติการแพทย์ให้กับผู้ปฏิบัติการ

ข้อ ๒ ครั้งที่ของการปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ครั้งที่ผู้ปฏิบัติการได้ขึ้นปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลตามข้อ ๑ โดยแต่ละครั้งใช้เวลาไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง

ข้อ ๓ จำนวนครั้งในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ เงื่อนไข เกณฑ์และวิธีการต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๐

ข้อ ๔ การปฏิบัติการฉุกเฉิน จะต้องมีการปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมของแต่ละระดับ **ครบทุกทักษะ อย่างน้อยทักษะละ ๒ ครั้ง**

ข้อ ๕ การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๖.๒)

๕.๑ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๒ พฉพ.)

๕.๒ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๒ อฉพ.)

แบบฟอร์ม ๑ หน้า บันทึกการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้จำนวน ๕ ครั้ง เมื่อมีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการฉุกเฉินครบตามข้อกำหนดในการขอต่ออายุ (ตามระดับประกาศนียบัตรฯ) ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน

ข้อ ๖ ผู้ประเมินผลการปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ หรือ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หรือแพทย์ ที่ควบคุมการปฏิบัติการแพทย์ ในทักษะ นั้นๆ

ข้อ ๗ ผู้รับรอง หมายถึง ผู้ที่มีอำนาจรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล ให้หมายถึงบุคคลต่อไปนี้

๗.๑ โรงพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการ ในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่และทำการฝึกปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ

๗.๒ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการ ในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดนั้นตั้งอยู่ หรือ

๗.๓ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรือ หน่วยปฏิบัติการอำนวยการประจำจังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่

ข้อ ๘ ขั้นตอนการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุ

๘.๑ ขึ้นปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โดยในการปฏิบัติงาน ๑ ครั้ง ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง

๘.๒ ทำการปฏิบัติการแพทย์ ตามตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรม(ตามระดับประกาศนียบัตร) ที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๖.๒

๘.๓ การปฏิบัติการแพทย์ในแต่ละทักษะ ให้ผู้ประเมินลงนามประเมินผลการปฏิบัติการแพทย์ในแต่ละทักษะ และเมื่อสิ้นสุดเวร ให้หัวหน้าเวรลงนามรับรองการขึ้นปฏิบัติงานทุกครั้ง

๘.๔ ทำการปฏิบัติการแพทย์ให้ครบทุกทักษะ อย่างน้อยทักษะละ ๒ ครั้ง

๘.๕ เสนอให้ผู้มีอำนาจลงนามตามข้อ ๗ ลงนามรับรองผลการปฏิบัติการแพทย์

๘.๖ เมื่อปฏิบัติการแพทย์ครบตามข้อกำหนด และดำเนินการตามข้อ ๘.๑ - ๘.๕ เสร็จเป็นที่เรียบร้อย ให้แนบมาพร้อมแบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการแพทย์ (Cert.niem ๐๖) และเอกสารอื่นๆ ตามที่กำหนดในหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ