

แบบฟอร์มแสดงผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล
เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร อฉพ.....

| ลำดับ | การปฏิบัติการแพทย์ | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 |
|-------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... |
| | ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง | | | | | |
| 1 | การประเมินผู้ป่วย (ข) | | | | | |
| 2 | การวัดสัญญาณชีพ (ข-ค) | | | | | |
| 3 | การทำแผล/ห้ามเลือด (ข) | | | | | |
| 4 | การตามกระดูก (ค) | | | | | |
| 5 | ใส่ collar (ข) | | | | | |
| 6 | การดูดเสมหะด้วยลูกสูบลมมือบีบ (ข) | | | | | |
| 7 | การเปิดทางเดินหายใจ (ค) | | | | | |
| 8 | การให้ออกซิเจนทางจมูก (ค) | | | | | |
| 9 | การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมี ถ่วงกักอากาศ (ค) | | | | | |
| 10 | การทำ CPR (ค) | | | | | |
| 11 | การวัด O ₂ sat (ค) | | | | | |
| 12 | การติด lead EKG (ง) | | | | | |
| | หัวหน้าเวร ชื่อโรงพยาบาล | | | | | |

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร อฉพ.....

| ลำดับ | การปฏิบัติการแพทย์ | ครั้งที่ 6 | ครั้งที่ 7 | ครั้งที่ 8 | ครั้งที่ 9 | ครั้งที่ 10 |
|-------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... | วันที่..... |
| | ให้ผู้ควบคุมลงชื่อรับรอง ในช่องทักษะที่ปฏิบัติในแต่ละครั้ง | | | | | |
| 1 | การประเมินผู้ป่วย (ข) | | | | | |
| 2 | การวัดสัญญาณชีพ (ข-ค) | | | | | |
| 3 | การทำแผล/ห้ามเลือด (ข) | | | | | |
| 4 | การตามกระตุก (ค) | | | | | |
| 5 | ใส่ collar (ข) | | | | | |
| 6 | การดูดเสมหะด้วยลูกสู่มือบีบ (ข) | | | | | |
| 7 | การเปิดทางเดินหายใจ (ค) | | | | | |
| 8 | การให้ออกซิเจนทางจมูก (ค) | | | | | |
| 9 | การให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากมี ถุงกักอากาศ (ค) | | | | | |
| 10 | การทำ CPR (ค) | | | | | |
| 11 | การวัด O ₂ sat (ค) | | | | | |
| 12 | การติด lead EKG (ง) | | | | | |
| | หัวหน้าเวร ชื่อโรงพยาบาล | | | | | |

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติการ
(.....)
ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
ว/ด/ป.....

โปรดศึกษาข้อกำหนดข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

**ข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล เพื่อการต่ออายุ
ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์**

.....

การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล เป็นการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งแพทย์หรือการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ 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 และวิธีการต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 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 (ตามระดับประกาศนียบัตรที่ขอต่อ) ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน

ข้อ ๖ ผู้ประเมินผลการปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ หรือ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หรือ แพทย์ ที่ควบคุมการปฏิบัติการแพทย์ ในทักษะ นั้นๆ

ข้อ ๗ ผู้รับรอง หมายถึง ผู้ที่มีอำนาจรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล ให้หมายถึงบุคคลต่อไปนี้

๗.๑ พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ *ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการ* ในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่และทำการฝึกปฏิบัติการฉุกเฉิน **หรือ**

๗.๒ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ *ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการ* ในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดนั้นตั้งอยู่ **หรือ**

๗.๓ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ ผู้กำกับกรปฏิบัติการฉุกเฉิน 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 เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้แนบมาพร้อมแบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการแพทย์ (Cert.niem ๐๖) และเอกสารอื่นๆ ตามที่กำหนดในหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ