

5.9.2 มีการดูแลรักษา ซ่อมบำรุงระบบก๊าซทางการแพทย์และอุปกรณ์ประกอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้



แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล

FM-ACD-050-01

Date: 16/10/2566

ประเด็นตรวจสอบตนเอง	M	P	N
5. มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง***	✓		
6. มีน้ำมันเชื้อเพลิงเพียงพอสำหรับระยะเวลาเดินเครื่องติดต่อกันไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง***	✓		
7. มีระบบควบคุมการจ่ายไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าได้ภายในเวลาที่รวดเร็วที่สุด (ไม่เกินกว่า 16 วินาที)***	✓		
8. เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสามารถจ่ายกำลังไฟฟ้ามีขนาดเพียงพอต่อระบบไฟฟ้าและแสงสว่างที่จำเป็น ¹³ ***	✓		
9. มีเครื่องแสงสว่างสำรอง ชนิดแบตเตอรี่แห้ง (ไฟฉุกเฉิน) สามารถให้แสงสว่างได้ไม่น้อยกว่า 30 นาที อย่างน้อย 1 เครื่อง***	✓		
10. มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง***	✓		
11. มีแผนปฏิบัติการในกรณีฉุกเฉิน เมื่อเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองมีปัญหา ไม่สามารถใช้งานได้***	✓		
2. แสงสว่างสำรอง ชนิดแบตเตอรี่แห้ง (ระบบไฟฉุกเฉิน)			
1. มีเครื่องแสงสว่างสำรอง ชนิดแบตเตอรี่แห้ง (ไฟฉุกเฉิน) สามารถให้แสงสว่างได้ไม่น้อยกว่า 30 นาที ในหน่วยงานที่สำคัญ ¹⁴ อย่างเพียงพอ***	✓		
2. มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด และมีการบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง***	✓		
ระบบก๊าซทางการแพทย์			
1. ระบบออกซิเจนเหลว***	NA		
1. สถานที่ติดตั้งอยู่ห่างจากอาคาร/ถนนตามมาตรฐาน มีรั้วกัน มีน้คง แข็งแรง อยู่ห่างสายไฟ มีป้ายเตือน "ห้ามสูบบุหรี่หรือทำให้เกิดประกายไฟ" มีระบบสายดิน			
2. มีการตรวจสอบและฉีดน้ำกำจัดน้ำแข็งที่ระบบวาล์วควบคุมระบบ และ Vaporizer			

¹³ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, ป้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระตุก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสูดดมยาทางจมูก, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องผ่าตัด, ห้องฟักตัว, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด

¹⁴ เช่น ไฟทางออก, ป้ายบอกทางออก, ห้องฉุกเฉิน, ห้องคลอด, หอผู้ป่วย เป็นต้น



แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม
และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล

FM-ACD-050-01

Date: 16/10/2566

ประเด็นตรวจสอบตนเอง	M	P	N
3. ระบบเส้นท่อน้ำที่เดินจากแหล่งจ่ายไปยังจุดใช้งาน (outlet) ทาสีเชื่อมมรกตตลอดเส้นท่อน้ำ พร้อมทำสัญลักษณ์บอกทิศทางการไหลของน้ำ***			
4. มีการตรวจสอบปริมาณการใช้ประจำวันและบันทึกผลการตรวจสอบ			
5. มีระบบสัญญาณเตือน (alarm system) และมีการตรวจสอบความพร้อมใช้อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน มีการบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้งที่มีการตรวจสอบ			
6. มีระบบสำรองออกซิเจนที่สามารถสำรองได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง			
7. มีแผนฉุกเฉิน กรณีระบบไม่สามารถใช้งานได้			
2. ระบบจ่ายน้ำแบบท่อน้ำสำหรับน้ำดื่มและน้ำในตู้สอออกไซด์***			
1. สถานที่ติดตั้งระบบน้ำดื่มมีป้ายเตือนบอกหน้าห้อง “ห้องเก็บน้ำดื่ม” “ห้ามสูบบุหรี่หรือทำให้เกิดประกายไฟ” ขนาดตัวหนังสือ ต้องมองเห็นและอ่านได้ชัดเจน	✓		
2. มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก อุณหภูมิห้องต้องไม่เกิน 54 องศาเซลเซียส (130 F)	✓		
3. มีเครื่องดับเพลิงแบบมือถือติดตั้งไว้ในห้อง จำนวนที่เหมาะสม ในตำแหน่งที่สะดวกต่อการใช้งาน	✓		
4. ท่อน้ำดื่มที่ดื่มและเก็บภายในห้องมีฝาครอบบวาล์วหัวท่อน้ำทุกท่อ มีใช้/อุปกรณ์ที่คล้องยึดกันถึงลิ้น	✓		
5. ท่อน้ำดื่มที่ติดตั้งใช้งานมีใช้คล้องป้องกันการล้มท่อน้ำ	✓		
6. มีป้ายบอกสถานะของน้ำดื่ม “เต็ม” “หมด” หรือ “กำลังใช้งาน” แยกออกจากกัน	✓		
7. ไม่มีความชื้นหรือน้ำขัง ไม่มีสารหล่อลื่นประเภทน้ำมันเก็บไว้ในห้อง	✓		
8. มีระบบป้องกันความดันสูงและความดันต่ำ มีอุปกรณ์เตือนสถานะของระบบเตือนด้วยเสียงและแสง มีการตรวจสอบความพร้อมใช้อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน	✓		
9. มีป้ายบอกขั้นตอนการใช้งาน มีคู่มือแจ้งข้อป้องกันบุคคลภายนอก	✓		
10. มีการตรวจสอบการทำงานของชุดจ่ายน้ำจากท่อน้ำดื่ม (manifold)	✓		
11. ระบบสำรองออกซิเจนสามารถสำรองได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	✓		
12. มีแผนฉุกเฉิน กรณีที่ระบบไม่สามารถใช้งานได้	✓		



แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม
และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล

FM-ACD-050-01

Date: 16/10/2566

ประเด็นตรวจสอบตนเอง	M	P	N
13. มีการตรวจสอบรอยรั่ว (ทุกครั้งที่เปลี่ยนถัง) ตรวจสอบปริมาณการใช้ และบันทึกผลการตรวจสอบทุกวัน	✓		
ระบบจ่ายอากาศทางการแพทย์และระบบอากาศอัดความดันสูง***	NA		
1. ห้องติดตั้ง แยกจากห้องระบบจ่ายก๊าซหรือแหล่งเก็บท่อบรรจุ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีฝุ่นละอองและสิ่งสกปรกปะปน			
2. มีเครื่องดับเพลิงแบบมือถือติดตั้งไว้ภายในห้อง จำนวนที่เหมาะสม ในตำแหน่งที่สะดวกต่อการใช้งาน			
3. ท่ออากาศเข้าอยู่ภายนอกอาคาร เหนือพื้นดินอย่างน้อย 6 เมตร			
4. ทางอากาศเข้ามีตะแกรงสามารถป้องกันน้ำเข้าได้และฟิลเตอร์ เพื่อป้องกันแมลงหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในท่อ			
5. ระบบเส้นท่อ (pipeline system) ทาสีตามประเภทของระบบ ¹⁵ ตลอดเส้นท่อ พร้อมทำสัญลักษณ์บอกทิศทางการไหลของก๊าซ			
6. มีการทำความสะอาดและเปลี่ยนไส้กรองอากาศของระบบ ตามระยะเวลาที่กำหนด			
7. มีการตรวจสอบระบบไฟฟ้าและระบบควบคุมตามระยะเวลาที่กำหนดและบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง			
8. มีชุดสัญญาณเตือน (alarm system) แจ้งระงับการทำงานสัญญาณเตือนทั้งแสงและเสียง (เสียงดังอย่างน้อย 80 เดซิเบล ที่ระยะ 1 เมตร) มีการตรวจสอบความพร้อมใช้อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน			
9. มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของระบบจากช่างของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกวัน และบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง			
ระบบสุญญากาศทางการแพทย์ (เฉพาะโรงพยาบาลที่มี)***			
1. สถานที่ติดตั้ง มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีการรั่วไหลของน้ำมันหล่อลื่น ไม่มีวัสดุที่เป็นเชื้อเพลิงเข้าไปเก็บปะปน ไม่มีความชื้นหรือน้ำขัง			
2. สถานที่แยกออกจากห้องระบบจ่ายก๊าซหรือระบบท่อบรรจุ			
3. มีเครื่องดับเพลิงชนิดมือถือติดตั้งไว้ในห้อง			

¹⁵ ระบบจ่ายอากาศทางการแพทย์ เส้นท่อสีเหลืองตลอดเส้นท่อ, ระบบอากาศอัดความดันสูง เส้นท่อสีดำตลอดเส้นท่อ



แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม
และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล

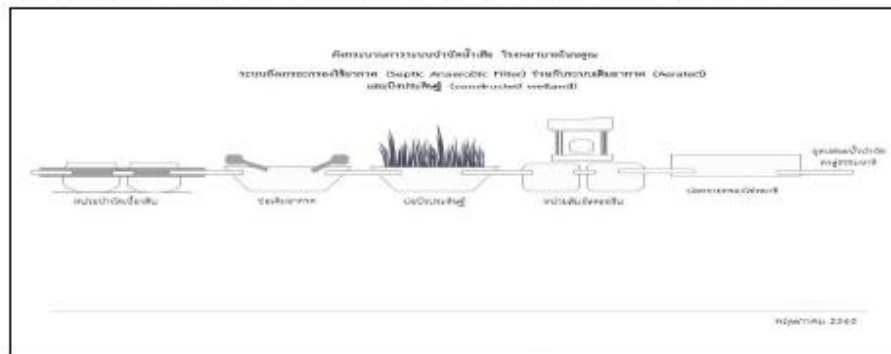
FM-ACD-050-01

Date: 16/10/2566

5. ระบบก๊าซทางการแพทย์ (ระบบออกซิเจนและระบบไนตรัส) สามารถสำรองได้.....24.....ชั่วโมง ใน
รอบปีที่ผ่านมามีอุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบก๊าซทางการแพทย์ จำนวน.....0.....ครั้ง มีการ
แก้ไขและปรับปรุงระบบที่สำคัญคือ อยู่ระหว่างการศึกษากาซออกซิเจนเหลว เนื่องจากจำนวนกาซใช้มีแนวโน้ม
เพิ่มขึ้น
6. การฝึกซ้อมช่วยเหลือกรณีลิฟต์ค้าง/ลิฟต์ติด (กรณีโรงพยาบาลที่มีลิฟต์) ปีละ.....NA.....ครั้ง
ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....ใช้ระยะเวลาในการช่วยเหลือเฉลี่ย.....
นาที
7. ผลการตรวจน้ำในระบบ cooling tower (กรณีที่มีโรงพยาบาลมีระบบ) ปีละNA.....ครั้ง/ครั้งสุดท้าย เมื่อ
.....ผลการตรวจ.....

1.4 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

2. ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นแบบ ระบบถังกรองชีวอากาศ (septic Anaerobic Filter) ร่วมกับระบบเติมอากาศ
(Aerated) และบึงประดิษฐ์ (constructed wetland) สามารถรับน้ำได้.....102.....ลบ.ม. เวลาที่น้ำเข้า
ระบบมากที่สุด เวลา.....08.00.....น. ปริมาณน้ำเข้าระบบเฉลี่ยวันละ.....39.....ลบ.ม.



3. ผลการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัด 4 ครั้งสุดท้าย ผลพบว่า.....

ครั้งที่/วันที่	ผลการตรวจ (ผ่าน/ไม่ผ่าน)	การปรับปรุงแก้ไข
ครั้งที่ 1 วันที่ 29/1/67	ผ่านทุกพารามิเตอร์	
ครั้งที่ 2 วันที่ 22/3/67	ผ่านทุกพารามิเตอร์	
ครั้งที่ 3 วันที่ 2/8/67	ผ่านทุกพารามิเตอร์	
ครั้งที่ 4 วันที่ 12/11/67	ผ่านทุกพารามิเตอร์ *COD	- ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทั้ง 2567 พบว่าคุณภาพน้ำทั้ง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่พบว่าน้ำพารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน



2. มีการดูแลรักษา ซ่อมบำรุง ระบบการทางทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน/ตรวจสอบประจำปี

บันทึกการตรวจเช็คระบบไฟฟ้าและระบบประปา โรงพยาบาลในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
เดือน: พฤษภาคม พ.ศ. 2563

วันที่	วันที่																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
24																															
25																															
26																															
27																															
28																															
29																															
30																															
31																															

ผู้บันทึก: _____

***หมายเหตุ: 1. หากมีข้อผิดพลาด กรุณาแจ้งผู้บริหาร, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

