

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เลขที่..... 231
วันที่..... 9 พ.ค. 2565
เวลา..... 11.54

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
เลขรับ..... 1802
วันที่..... ๙ พ.ค. ๒๕๖๕
เวลา..... 11.20



ที่ บก ๐๐๓๒.๐๑๒/ ๑๓๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
๗๐๙ ถนนบึงกาฬ บก ๓๘๐๐๐

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเปิดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลโซพิสัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือโรงพยาบาลโซพิสัย ที่ บก๐๐๓๒.๓๐๕(๓)/๓๐๖
ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยปัจจุบันโรงพยาบาลโซพิสัยจังหวัดบึงกาฬมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบจำนวน ๑,๐๔๑ คน แยกเป็นผู้ป่วยไตระยะ ๓ จำนวน ๕๑๑ คน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ ๔ จำนวน ๑๖๗ คน และ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน ๙๙ คน โดยกึ่งหนึ่งได้รับการบำบัดทดแทนทางไตด้วยเครื่องไตเทียม และเนื่องจากหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลโซพิสัยยังไม่มีให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดต้องลำบากเดินทางไกล เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการเข้ารับบริการในศูนย์ไตเทียมในต่างอำเภอและต่างจังหวัด บางรายตัดสินใจไม่เข้ารับบริการการบำบัดทดแทนทางไตทำให้สูญเสียโอกาส คุณภาพชีวิตลดลง ทางโรงพยาบาลได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวช่วยแก้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลโซพิสัยจึงขออนุมัติเปิดศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลโซพิสัย โดยบริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ พิจารณาแล้วเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงขอเปิดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยให้บริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการหากผลเป็นประการใดโปรดแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬทราบด้วย รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

แจ้ง ณ ๒๐ ก. ๒๓ ๖๕

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชัย คำหงษา)

ผู้อำนวยการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

☒ ขอบ

☐ ดำเนินการ

☐ แจ้ง

☐ มอบ.....

๒๖/๐๔/๒๕๖๕
(นางสาวรัชฎา สุวณ้อย)
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
โทรศัพท์ ๐ ๔๒๔๔ ๒๐๔๖ ต่อ ๑๐๔
โทรสาร ๐ ๔๒๔๔ ๒๐๐๑
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Saraban-bkn@moph.go.th

“สร้างวินัย สร้างบึงกาฬ”

(นางสาวณัฏฐา กิจธิด์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘



เลขที่ ๓๒๖๔
วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๕
เวลา ๑๖:๒๑
ผู้รับ

ที่ บก ๐๐๓๒.๓๐๕(๐๓) / ๓๐๖

โรงพยาบาลโซพิสัย

อ.โซพิสัย จ.บึงกาฬ ๓๘๑๗๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบเปิดบริการศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลโซพิสัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพโดยการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยปัจจุบันโรงพยาบาลโซพิสัยจังหวัดบึงกาฬมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบจำนวน ๑,๐๕๑ คน แยกเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๕๑๑ คน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ ๔ จำนวน ๑๖๗ คน และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน ๓๗๓ คน โดยกึ่งหนึ่งได้รับการบำบัดทดแทนทางไตด้วยเครื่องไตเทียม และเนื่องจากหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลโซพิสัยยังไม่มีให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดต้องลำบากเดินทางไกล เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการเข้ารับบริการในศูนย์ไตเทียมในต่างอำเภอและต่างจังหวัด บางรายตัดสินใจไม่เข้ารับบริการการบำบัดทดแทนทางไตทำให้สูญเสียโอกาส คุณภาพชีวิตลดลง ทางโรงพยาบาลได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวช่วยแก้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ดังนั้นทางโรงพยาบาลโซพิสัยจึงขออนุมัติเปิดศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลโซพิสัย โดยบริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน พล.อ.อ. จีวภาพ

ด้วย รพ.โซพิสัย ขอเปิดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เลขที่ ๓๒๖๔ วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๕ ถึงผู้รับทราบ

วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๕

โรงพยาบาลโซพิสัย

๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕

(นางจุฑามาศ สุวรรณเลิศ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ

๒๕/๔/๖๕

(นางสุรีย์รัตน์ ยอดแก้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒๘ เม.ย. ๖๕

งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล

โทร ๐ ๔๒๔๘ ๕๐๘๘ - ๑๐๐ ต่อ ๑๑๒

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรพงษ์ ลักษณะ)

(นายสุรพงษ์ ลักษณะ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซพิสัย

ทราบ/ชอบดำเนินการ

(นายสมชัย คำหงษา)

“สร้างสุขด้วยหัวใจ” สุขด้วยหัวใจ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รักษาการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

รายงานการประเมินตนเอง
ของ

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลโซฟิสัย

สถานพยาบาล โรงพยาบาลโซฟิสัย

เพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐาน
การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จาก

คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐาน

การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)

ตามเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2557

(ฉบับปรับปรุง มกราคม พ.ศ. 2559)

คำนำ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) ที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีจึงเป็นการรักษาที่แพร่หลายในประเทศไทย อย่างไรก็ตามผลของการรักษาโดยวิธีนี้ขึ้นกับคุณภาพและมาตรฐานของกระบวนการให้การรักษาและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งหากการรักษาไม่ได้คุณภาพ ขาดมาตรฐานอาจมีอันตรายแก่ผู้ป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิตหรือพิการได้ ดังนั้นการดูแลมาตรฐานการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่สูง

แพทยสภาได้ออกประกาศแพทยสภาที่ 19/2542 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ลงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองผู้รับบริการให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย และมอบหมายให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นผู้กำกับดูแลการดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของประกาศดังกล่าว โดยแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไตและผู้แทนจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นผู้รับผิดชอบ

ต่อมาพบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนมากขึ้น พร้อมไปกับที่มีหน่วยไตเทียมเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งวิทยาการใหม่ๆ ที่ปรับนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของงานไตเทียม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ปรับปรุงมาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยได้มีการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นในระหว่างวันที่ 15 และ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมดุสิต ริสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี และในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมเดอะชานน์ พัทยา จังหวัดชลบุรี มีผู้เข้าร่วมการสัมมนาเพื่อปรับมาตรฐานประกอบด้วย แพทย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข และได้กำหนดเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานสถานประกอบการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยแบ่งมาตรฐานออกเป็น 11 องค์ประกอบ โดยมีวัตถุประสงค์ให้มีการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพของการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของประเทศไทย และได้ปรับปรุงแบบรายงานข้อมูลพื้นฐานและการประเมินตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ดังกล่าว

แบบรายงานข้อมูลพื้นฐานและการประเมินตนเองของสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลได้มีการทบทวนตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเป็นเอกสารเพื่อขอการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ของแพทยสภา อนึ่งแบบประเมินตนเองฉบับนี้ควรใช้ร่วมกับหนังสือเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุง ปีพุทธศักราช 2557 เนื่องจากมีคำชี้แจงของมาตรฐานเพื่อให้ผู้ทำแบบประเมินมีความเข้าใจในมาตรฐานที่ถูกต้อง

คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

สารบัญ

คำนำ	ข
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน	1-12
ส่วนที่ 2 การประเมินในแต่ละองค์ประกอบ	13-26
องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล	13
องค์ประกอบที่ 2 หน่วยไตเทียม	14
องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการ	15
องค์ประกอบที่ 4 บุคลากร	16
องค์ประกอบที่ 5 สถานที่	17
องค์ประกอบที่ 6 เครื่องไตเทียมและตัวกรอง	18
องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์	19-21
องค์ประกอบที่ 8 อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต	22
องค์ประกอบที่ 9 แบบบันทึกและคู่มือปฏิบัติงาน	23-24
องค์ประกอบที่ 10 การประเมินและติดตามผู้ป่วย	25
องค์ประกอบที่ 11 กระบวนการพัฒนาหน่วยไตเทียม	26
คำรับรองของผู้รับผิดชอบ	27

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อหน่วยงานที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลโซฟิส อ.โซฟิส จ.บึงกาฬ

ที่ตั้งของหน่วยไตเทียมในสถานพยาบาล (ระบอบอาคาร, ชั้น, ห้อง) ด้านหลังอาคารฉุกเฉิน ชั้น 1
143 หมู่ 2 ตำบลโซ อำเภอสโพนพิสัย จังหวัดบึงกาฬ 38170

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail mayulee2518@gmail.com

ก่อตั้งหน่วยครั้งแรกเมื่อ 2564

ย้ายสถานที่ตั้งหน่วยมาบริการที่ปัจจุบันเมื่อ

เป็นการขอรับการประเมิน ☒ ครั้งแรก

☐ ต่ออายุการรับรอง ครั้งที่ (วันที่หมดอายุการรับรอง/...../.....)

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงศ์โชติ

ชื่ออายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไตที่ปรึกษา (ในกรณีที่แพทย์ที่รับผิดชอบห้องไตเทียมไม่ใช่อายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต)

ชื่อพยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียม นางวรรณภา เกื่อนสร (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม)

ชื่อผู้ประสานงานกับ ตรต.ของหน่วยไตเทียม นางปริญญญา อาริยะเดโช

รูปแบบการดำเนินการของหน่วยไตเทียม

☐ สถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเอง

☒ บริษัทอื่นเป็นผู้ดำเนินการ ชื่อบริษัท..... บึงกาฬไตเทียมจำกัด

ชื่อสถานพยาบาล/โรงพยาบาล โรงพยาบาลโซฟิส ต.โซ อ.โซพิสัย จ.บึงกาฬ

รหัสสถานพยาบาล 11043

ที่อยู่ 143 หมู่ 2 ตำบลโซ อำเภอสโพนพิสัย จังหวัดบึงกาฬ 38170

โทร. 042-485099, 042-485020

สังกัดของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข ☒ สำนักงานปลัดกระทรวง ☐ กรมการแพทย์ ☐ กรมอื่นๆ (ระบุ)

☐ มหาวิทยาลัย (โรงเรียนแพทย์) ☐ กระทรวงกลาโหม ☐ กระทรวงมหาดไทย

☐ เอกชน ☐ มูลนิธิ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

สถานภาพของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล

☒ มีเตียงรับผู้ป่วยนอนค้างคืน (ผู้ป่วยใน) จำนวนเตียงผู้ป่วยในรวม 30... เตียง (ให้บริการจริง 74 เตียง)

☐ ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยนอนค้างคืน โรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีบริการไตเทียมรับส่งต่อผู้ป่วย

บุคลากรของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล

แพทย์ Full time ที่ปฏิบัติงานทั้งหมด7..... คน

อายุรแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป0..... คน

กุมารแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขากุมารเวชศาสตร์ทั่วไป1..... คน

วัน - เวลาเปิดให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามปกติ

วันจันทร์	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันอังคาร	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันพุธ	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันพฤหัสบดี	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันศุกร์	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันเสาร์	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ
วันอาทิตย์	ระหว่างเวลา	05.00	น ถึง	19.00	น รวม	3	รอบ

จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมดที่กำลังรับการฟอกเลือดในปัจจุบัน-..... คน

จำนวนผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต (Waiting list)-..... คน

การให้บริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทดแทนไต

- ☐ การให้บริการนอกเวลา (กรณีฉุกเฉิน Acute HD)
- ☐ Double lumen catheter insertion
- ☐ Hemodiafiltration
- ☐ Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)
- ☐ Acute Peritoneal Dialysis (Acute PD)
- ☐ Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการให้บริการ
- ☐ Kidney transplantation
- ☐ Plasmapheresis
- ☐ อื่นๆ

แพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แพทย์ Full time 1 คน

1. พญ.พัชราภรณ์ จันท์หลน ☒ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
2. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
3. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
4. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
5. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
6. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
7. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
8. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
9. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
10. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน

แพทย์ Part time คน

1. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
2. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
3. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
4. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
5. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
6. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
7. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
8. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
9. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน
10. ☐ อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไต ☐ แพทย์อบรมไตเทียม 4 เดือน
หมายเลขบัตรประชาชน

อายุรแพทย์-กุมารแพทย์โรคไตที่ปรึกษา 1 คน

1. นพ.พิสิฐ อินทวงศ์โชติ ☒ อายุรแพทย์โรคไต ☐ กุมารแพทย์โรคไต
หมายเลขบัตรประชาชน
2. ☐ อายุรแพทย์โรคไต ☐ กุมารแพทย์โรคไต
หมายเลขบัตรประชาชน
3. ☐ อายุรแพทย์โรคไต ☐ กุมารแพทย์โรคไต
หมายเลขบัตรประชาชน
4. ☐ อายุรแพทย์โรคไต ☐ กุมารแพทย์โรคไต
หมายเลขบัตรประชาชน

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พยาบาล Full time (ไม่น้อยกว่า 30 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดบริการ) 2 คน

1. นางวรรณภา เกื่อนศรี ☒ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน 3341501553471
2. นายจิรัชช์ หนุกกลาง ☒ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน 1471600013028
3. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
4. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
5. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
6. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
7. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
8. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
9. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
10. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
11. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
12. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
13. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
14. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน

พยาบาล Part time.....1..... คน

1. นางมยุลี แก้วภาพ ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☒ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน 3440600301444
2. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
3. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
4. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
5. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
6. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
7. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
8. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
9. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
10. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
11. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
12. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
13. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน
14. ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ พยาบาลอบรมไตเทียม 4 – 6 เดือน ☐ พยาบาล
หมายเลขบัตรประชาชน

จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อรอบ

1. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม0-1... คน
2. พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร 4 – 6 เดือน จากสถาบันที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรอง0-1.... คน
3. พยาบาลทั่วไป0..... คน
4. ผู้ช่วยพยาบาล2..... คน
5. คนงาน0..... คน

จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในแต่ละรอบต่อพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมและพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม (หลักสูตร 4 – 6 เดือน จากสถาบันที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรอง) ในแต่ละรอบ เฉลี่ย.....4..... คนต่อรอบ
 จำนวนพยาบาลทั่วไปและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมด้วยในแต่ละรอบเฉลี่ย1-2.... คนต่อรอบ

พื้นที่ห้องไตเทียม

จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis station) 14 เตียง
พื้นที่ไตเทียมทั้งหมด

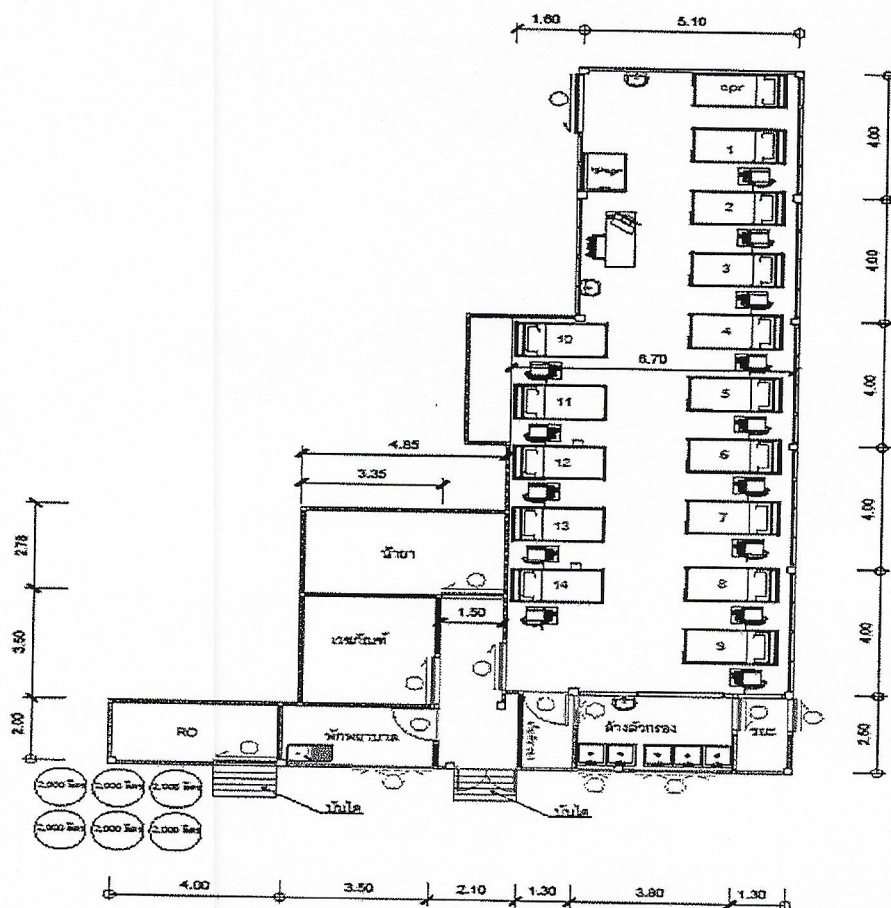
กว้าง 6.7 เมตร x ยาว 22.5 เมตร พื้นที่รวม 150 ตารางเมตร

พื้นที่เฉพาะส่วนที่เป็นหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ไม่รวมพื้นที่ของการเตรียมน้ำบริสุทธิ์และล้างตัวกรอง)

กว้าง 6 เมตร ยาว 20 เมตร พื้นที่ทั้งหมด 120 ตารางเมตร

แผนผังห้องไตเทียม (ตามสัดส่วนที่ถูกต้อง)



เครื่องไตเทียม

จำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด4..... เครื่อง จำนวนเครื่องไตเทียมที่ใช้จริง4..... เครื่อง
 คักยภาพของจำนวนเครื่องไตเทียม (ตามพื้นที่ให้บริการ)14..... เครื่อง

รายละเอียดของเครื่องไตเทียม

เครื่องที่	ชื่อผลิตภัณฑ์	รุ่น	รหัสเครื่อง	ปีที่ซื้อ/เช่า	สัญญาจ้างเหมาดูแลเครื่อง	
					มี (วันสิ้นสุดสัญญา)	ไม่มี
1	FRESENIUS	4008 S				
2	FRESENIUS	4008 S				
3	FRESENIUS	4008 S				
4	FRESENIUS	4008 S				
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

หมายเหตุ แต่ละช่องใส่ชื่อ 1 เครื่องเท่านั้น หากมีจำนวนเครื่องมากกว่า 28 เครื่องให้แก้ไขเพิ่มเติมในตารางข้างบนได้ หรือทำตารางแนบมาพร้อมรายงานการประเมินตนเอง

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรค.) พ.ศ. 2557

ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ชื่อบริษัทที่ติดตั้ง Infinite Agua Co.,Ltdชื่อบริษัทที่ดูแลระบบน้ำในปัจจุบัน Infinite Agua Co.,Ltdสัญญาจ้างเหมาดูแลระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ ☒ มี (วันสิ้นสุดสัญญา) ☐ ไม่มี

แหล่งที่มาของน้ำดิบ

☒ น้ำประปา ☐ น้ำบาดาล ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ระบบ Water treatment หลัก

☒ Reverse osmosis ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ระบบบำบัดน้ำเสีย

☒ มี ใช้ระบบ..... ☐ ไม่มีระบบน้ำ กรณีที่มีการทำการฟอกเลือดนอกหน่วย เช่น ใน Intensive care unit☐ Portable reverse osmosis ☐ ใช้ระบบจ่ายน้ำจากห้องไตเทียม☒ อื่นๆ (ระบุ) ทำเฉพาะในหน่วยไตเทียมการทำ dialyzer reprocessingมีการใช้ dialyzer ซ้ำ ☒ มี 15-20 ครั้ง (ระบุจำนวนครั้งของการ reuse) ☐ ไม่มีมีการใช้ blood line ซ้ำ ☐ มี ☒ ไม่มีน้ำยาที่ใช้ ☐ Formalin ☒ Peracetic acid ☐ อื่นๆ (ระบุ).....การประเมินคุณภาพ vascular access☒ ทำทุกราย ☐ ทำในรายที่มีปัญหา ☐ ไม่เคยทำ

ถ้าทำ ทำด้วยวิธีใด

☒ Venous pressure monitor☐ Maximum blood flow rate☐ % Recirculation☐ Ultrasound dilution technique☐ อื่นๆ (ระบุ).....การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สำหรับผู้ป่วย)☒ ส่งตรวจได้เองภายในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล☒ ส่งตรวจภายนอก

ตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยไตเทียม ย้อนหลัง 3 ปี

ตัวชี้วัดผลการรักษา	ปี พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ				
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตรวจเฝ้าผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์โรคไต-กุมารแพทย์โรคไต หรือ อายุรแพทย์ทั่วไป- กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียมและได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์				
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ routine lab ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolytes, calcium, phosphate, albumin เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 3 เดือน				
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ adequacy of dialysis ได้แก่ Kt/V, URR เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 3 เดือน				
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ HBsAg (ถ้าผลตรวจยังเป็นลบ), HBsAb , anti-HCV เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 6 เดือน				
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ EKG เมื่อแรกเข้า และอย่างน้อยปีละครั้ง				
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ CXR เมื่อแรกเข้า และอย่างน้อยปีละครั้ง				
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ iron study เมื่อแรกเข้าและต่อไปอย่างน้อยทุก 6 เดือน				
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ serum intact parathyroid (iPTH) อย่างน้อยทุก 6 เดือน				
ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ				
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร				
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 11.5 กรัมต่อเดซิลิตร				
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum ferritin น้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร				
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Urea Reduction Ratio น้อยกว่าร้อยละ 65				
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Kt/V น้อยกว่า 1.2 (พอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์)				
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Kt/V น้อยกว่า 1.8 (พอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์)				
7. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพอกเลือดผ่านทาง arteriovenous fistula หรือ graft				
8. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพอกเลือดเป็นประจำผ่านทาง temporary venous catheter นานกว่า 90 วัน				
9. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่า 10.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร				
10. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum phosphorus มากกว่า 5.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร				
11. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ iPTH มากกว่า 9 เท่าของค่าปกติ (upper normal limits)				
12. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร				

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรศ.) พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
อัตราอาการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น			
- hypotension			
- hypertension			
- chill			
- cramp			
- อื่นๆ			
อัตราการเสียชีวิต (Mortality rate)			
อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization rate)			
อัตราการติดเชื้อของ Vascular access			
คุณภาพชีวิต			
ความพึงพอใจของผู้ป่วย			
อื่นๆ			
อื่นๆ			

*เป็นห้องใหม่ ยังไม่ได้เปิดให้บริการ

ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองในแต่ละองค์ประกอบของมาตรฐาน

องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
มาตรฐาน				มีข้อ 1 หรือข้อ 2		ขาดข้อ 1 และข้อ 2
1. ต้องมีเตียงรับผู้ป่วยนอนค้างคืน (ผู้ป่วยใน)	✓		ใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล เยี่ยมชมสถานที่			
2. ในกรณีที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยนอนค้างคืน จะต้องมีโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีบริการ ไตเทียมในระยะทางที่สามารถส่งต่อผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัยเพื่อรับรักษาต่อ			ใบรับรองจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลใกล้เคียงยืนยันว่ายินดี รับดูแลผู้ป่วย			

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยไตเทียม	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
มาตรฐาน				มี 4-5 ข้อ	มี 3 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3
1. แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยไตเทียม ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต- กุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป- กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียมและได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยโดยจะต้องมีอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไตเป็นที่ปรึกษา	✓		แผนผังโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยไตเทียม สัมภาษณ์แพทย์ วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติฯ ประกาศนียบัตร หนังสือรับรองเป็นแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม หนังสือรับรองการเป็นแพทย์ที่ปรึกษา			
2. พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียม ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยไตเทียม ต้องได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาล - กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีบุคลากรตามวรรคข้างต้น จะต้องมีความรู้ที่จบการอบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาลรับรอง และจะต้องปรับสถานะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายในปี พ.ศ. 2562	✓		แผนผังโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยไตเทียม สัมภาษณ์พยาบาล ประกาศนียบัตรฯ หนังสือรับรองการเป็นพยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียม			
3. ต้องมีที่ตั้งหน่วยที่แยกออกจากหอผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Chronic Hemodialysis)	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยไตเทียมในสถานพยาบาล			
4. ควรมีการดำเนินการโดยสถานพยาบาลเอง หรือ ในกรณีเอกชนอื่นเป็นผู้ดำเนินการ มีสัญญาในการร่วมใช้สถานที่และการบริการอื่นๆ ของสถานพยาบาลร่วมกัน โดยมีแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมร่วมรับทราบ	✓		สัญญาระหว่างหน่วยไตเทียมและสถานพยาบาล (ในกรณีเอกชนอื่นเป็นผู้ดำเนินการ)			
5. ควรมีโครงสร้างการบริหารหน่วยที่ชัดเจน	✓		แผนผังโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยไตเทียม			

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) พ.ศ. 2557

องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการ	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
มาตรฐาน				มี 4-5 ข้อ	มี 2-3 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2
1. ต้องมีการเปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนด	✓		ตารางการให้บริการ			
2. ต้องมีการให้บริการฉุกเฉินนอกเวลาทำการปกติ <u>หรือ</u> มีระบบการส่งต่อ	✓		ตารางเวรแพทย์และพยาบาลนอกเวลา มีแนวทางปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน หรือการส่งต่อ			
3. ควรมีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโดย Acute hemodialysis		✓	สัมภาษณ์บุคลากร			
4. ควรมีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโดย Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)		✓	สัมภาษณ์บุคลากร			
5. ควรมีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโดย Continuous renal replacement therapy (CRRT)		✓	สัมภาษณ์บุคลากร			

องค์ประกอบที่ 4 บุคลากร	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
มาตรฐาน				มี 5-6 ข้อ	มี 4 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือข้อ 4
1. แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์ โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียมและ ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากราช วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยโดย จะต้องมีอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์ โรคไตเป็นที่ปรึกษา	✓		วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ สัมภาษณ์แพทย์ ประกาศนียบัตรหรือหนังสือ รับรองจากสถาบัน หนังสือรับรองการเป็นแพทย์ที่ ปรึกษา ใบรายงานติดตามผู้ป่วย (progress note)			
2. ต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใน สถานพยาบาลที่ห้องไตเทียมตั้งอยู่	✓		สัมภาษณ์แพทย์ และดูตาราง ปฏิบัติงาน ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม			
3. ต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 1 คนที่ได้รับ ประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสมาคม โรคไตแห่งประเทศไทยและสภาการ พยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบเต็มเวลา (ไม่น้อย กว่า 30 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดบริการ) กรณีที่มีสถานพยาบาลไม่มีบุคลากรตาม วรรคข้างต้น จะต้องมีพยาบาลที่จบการ อบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุร แพทย์แห่งประเทศไทยและสภาการ พยาบาลรับรอง และจะต้องปรับสถานะ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมภายในปี 2562	✓		ประกาศนียบัตรพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญไตเทียม , ประกาศนียบัตรอบรมหลักสูตร การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตารางเวรพยาบาล สัมภาษณ์พยาบาล			
4. การฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มีอาการคงที่ ต้องมี อัตราส่วนของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ไต เทียม และ/หรือพยาบาลที่ผ่านการ ฝึกอบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสภา พยาบาลรับรองต่อผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 : 4 และมีพยาบาลหรือผู้ช่วยปฏิบัติงานร่วม ด้วยในสัดส่วนเดียวกัน	✓		ตารางเวรพยาบาล สัมภาษณ์พยาบาล			
5. ควรมีกระบวนการพัฒนานุคลากร และ รักษาคุณภาพของการบริการในเจ้าหน้าที่ ทุกระดับอย่างเป็นระบบ โดยกำหนด competency level, orientation, training policy	✓		ประกาศนียบัตรเข้ารับการอบรม สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่			

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) พ.ศ. 2557

องค์ประกอบที่ 5 สถานที่	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน				มี 9-10 ข้อ	มี 8 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือข้อ 4 หรือข้อ 5 หรือข้อ 6 หรือข้อ 7 หรือข้อ 8
1. ต้องมีพื้นที่หน่วยบริการเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 4 ตารางเมตรต่อ 1 หน่วยบริการ	✓		แผนผังหน่วยไตเทียม เยี่ยมชมสถานที่			
2. ต้องมีการแยกพื้นที่เฉพาะสำหรับห้องเตรียมน้ำบริสุทธิ์ออกจากพื้นที่บริการ	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
3. ต้องมีการแยกพื้นที่เฉพาะสำหรับล้างตัวกรองออกจากพื้นที่บริการ และพื้นที่ห้องเตรียมน้ำบริสุทธิ์ 3.1 พื้นที่ล้างตัวกรองต้องมีระบบระบายอากาศที่เหมาะสม 3.2 ในกรณีที่มีการล้างตัวกรองในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและตับอักเสบซี ต้องมีการแยกอ่างล้างตัวกรองติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีออกจากไวรัสตับอักเสบซี และอ่างล้างตัวกรองไม่ติดเชื้อ โดยตั้งอ่างล้างห่างกันหรือมีผนังกันที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนข้ามอ่าง	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
4. ต้องมีอ่างล้างมือสำหรับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือด	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
5. ต้องมีพื้นที่ห้องพักของพยาบาลเป็นสัดส่วน	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
6. ต้องมีเตียงนอนหรือเปลเข็นนอนสำหรับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เตียงในกรณีฉุกเฉินช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
7. ต้องมีระบบการควบคุมการติดเชื้อในหน่วยไตเทียม	✓		สัมภาษณ์บุคลากร และเยี่ยมชมสถานที่			
8. ต้องมีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ	✓		เยี่ยมชมสถานที่และเอกสารประกอบ			
9. ควรมีระบบบำบัดน้ำเสีย	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
10. ควรมีการแยกพื้นที่ห้องเก็บของ	✓		เยี่ยมชมสถานที่			

องค์ประกอบที่ 6 เครื่องไตเทียม และตัวกรอง	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน				มี 6-7 ข้อ	มี 4-5 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือข้อ 4 หรือข้อ 5
1. ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างบริษัทดูแลเครื่องไต เทียม	✓		สัญญาจ้างเหมาดูแลเครื่องไต เทียม หรือใบรายงานการดูแลตาม ระยะ (Preventive Maintenance) โดยบริษัทหรือ หน่วยงาน และมีใบรายงานการ ซ่อม			
2. ต้องมีการฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียม (disinfection) หลังการฟอกเลือดทันที สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับ อักเสบซี เอชไอวี และผู้ป่วยฟอกเลือด ฉุกเฉินที่ยังไม่มีผลการตรวจ	✓		คู่มือการทำความสะอาดและฆ่า เชื้อเครื่องไตเทียม			
3. ในกรณีที่ใช้เครื่องล้างตัวกรองอัตโนมัติ ร่วมด้วย ต้องมีการฆ่าเชื้อหลังจากการ ล้างตัวกรองติดเชื้อ	—		เยี่ยมชมสถานที่ คู่มือการล้างตัวกรอง	ถ้าไม่มีเครื่องล้างอัตโนมัติ ไม่ต้องมีข้อ 3		
4. ต้องไม่ใช้สายส่งเลือดซ้ำสำหรับผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับ อักเสบซี	✓		เยี่ยมชมสถานที่ คู่มือการล้างตัวกรอง			
5. ต้องไม่ใช้ตัวกรองและสายส่งเลือดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี	✓		เยี่ยมชมสถานที่ คู่มือการล้างตัวกรอง			
6. ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี	✓		เยี่ยมชมสถานที่			
7. ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis)		✓	เยี่ยมชมสถานที่			

องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำ บริสุทธิ์	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน						
1. ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างบริษัทเหมาดูแลระบบ ผลิตน้ำบริสุทธิ์	✓		สัญญาจ้างเหมาดูแลระบบผลิตน้ำ บริสุทธิ์ หรือใบรายงานการดูแล ตามระยะ (Preventive Maintenance) โดยบริษัทหรือ หน่วยงาน และมีใบรายงานการ ซ่อม	มี 1 ข้อ		ขาดข้อ 1
2. ส่วนประกอบของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์				มี 4 ข้อ	-	ขาดข้อใด ข้อหนึ่ง
2.1 ต้องมีชุด pre-treatment ที่มี ประสิทธิภาพเหมาะสมกับคุณภาพน้ำดิบ	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
2.2 ต้องมีชุด carbon filter ใน ลักษณะสองถังวางต่อกันแบบอนุกรม	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
2.3 ต้องมีชุดผลิตน้ำบริสุทธิ์เป็นระบบ Reverse osmosis (RO)	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
2.4 ต้องมี Pre-RO filter ขนาดไม่ ใหญ่กว่า 5 ไมครอน	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
3. ส่วนประกอบของระบบการจ่ายน้ำ บริสุทธิ์				มี 3-4 ข้อ	-	ขาดข้อใด ข้อหนึ่ง
3.1 ระบบจ่ายน้ำต้องเป็นชนิดไหลวน กลับ (recirculation loop) และมีการ เปิดน้ำหมุนวนตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะ เป็น direct หรือ indirect feed	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
3.2 ถ้าเป็นระบบ indirect feed (มีถัง เก็บน้ำบริสุทธิ์) ต้องมีระบบป้องกันการก่อ ตัวหรือการแพร่กระจายเชื้อโรคในระบบ จ่ายน้ำบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา โดย การใช้ filter ขนาด 0.2 ไมครอนและ UV light	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ	ถ้าเป็นระบบจ่ายตรง (direct feed) ไม่มีถังเก็บน้ำ ไม่ต้องมี ข้อ 3.2		
3.3 ถังเก็บน้ำบริสุทธิ์และท่อส่งน้ำ บริสุทธิ์ต้องผลิตจากวัสดุไม่เกิดสนิม	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
3.4 ต้องมีเครื่องวัดความบริสุทธิ์ของน้ำ (Conductivity meter หรือ resistivity meter หรือ TDS meter) ชนิด on-line ในระบบจ่ายน้ำหรือในระบบผลิตน้ำ บริสุทธิ์	✓		เยี่ยมชมสถานที่ แผนผังระบบน้ำ			
4. การบำรุงรักษาระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์				มี 3 ข้อ	-	ขาดข้อใด ข้อหนึ่ง
4.1 ต้องมีการตรวจคุณภาพของชุด pre-treatment เป็นประจำ อย่างน้อย ต้องตรวจหาปริมาณคลอรีนในน้ำที่ไหล ผ่านออกจาก carbon filter ถึงแรกทุก วันที่เปิดทำการ	✓		ตารางการบำรุงรักษาระบบน้ำ			

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรค.) พ.ศ. 2557

องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
4.2 ต้องมีการตรวจสอบความกระด้างของน้ำที่ไหลผ่านออกจากชุด softener เป็นประจำอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ และต้องมีการ regenerate สารกรองชุดลดความกระด้างเป็นระยะ	✓		ตารางการบำรุงรักษาระบบน้ำ			
4.3 ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของชุด RO เป็นประจำทุกวัน	✓		ตารางการบันทึกค่า conductivity (ควรจะมีค่าต่ำกว่า 10 microsiemen/cm) หรือ resistivity หรือ TDS หรือ % solute rejection (ควรจะมีค่ามากกว่า 95%) ตารางการบันทึกค่าความดันและอัตราการไหลของน้ำ			
5. การบำรุงรักษาระบบการจ่ายน้ำบริสุทธิ์			การตรวจติดตามคุณภาพระบบน้ำบริสุทธิ์ควรดำเนินการโดยหน่วยงานกลางที่ได้มาตรฐาน	มี 2 ข้อ	-	ขาดข้อใดข้อหนึ่ง
5.1 ต้องมีการรอบฆ่าเชื้อในระบบจ่ายน้ำบริสุทธิ์อย่างน้อยทุก 6 เดือน ด้วยวิธีที่เหมาะสม และต้องทำก่อนกำหนดเมื่อพบว่าการแพร่กระจายเชื้อในระบบจ่ายน้ำมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (พบแบคทีเรียมากกว่า 100 cfu/ml)	✓		บันทึกการรอบฆ่าเชื้อหรือสัญญาณการจัดจ้าง บันทึกการส่งน้ำเพาะเชื้อ			
5.2 ต้องมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ต่างๆ ตามระยะเวลา เช่น bacteria filter หลอดไฟ UV, air filter	✓		บันทึกหรือหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้าง			
6. การตรวจคุณภาพน้ำบริสุทธิ์			การตรวจติดตามคุณภาพระบบน้ำบริสุทธิ์ควรดำเนินการโดยหน่วยงานกลางที่ได้มาตรฐาน	มี 3-4 ข้อ	-	ขาดข้อใดข้อหนึ่ง
6.1 ต้องมีการเก็บตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์ส่งเพาะเชื้อ โดยใช้ media ที่ใช้ในการเพาะเชื้อ ต้องเป็น trypticase soy agar หรือ R2A agar หรือ tryptone glucose extract เป็นประจำทุกเดือน จากตำแหน่งต่อไปนี้ 1) ต้นทางของระบบจ่ายน้ำบริสุทธิ์ 2) ปลายทางของระบบจ่ายน้ำบริสุทธิ์ 3) จุดที่ใช้ล้างและเตรียมตัวกรองเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ	✓		รายงานผลการเพาะเชื้อ			

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรค.) พ.ศ. 2557

องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
6.2 ต้องมีการเก็บตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์จาก ตำแหน่งของน้ำ dialysate ของเครื่องไตเทียมแต่ละเครื่องอย่างน้อย 2 เครื่องต่อเดือน หมุนเวียนกันจนครบทุกเครื่องในเวลา 1 ปี ส่งเพาะเชื้อเป็นประจำทุกเดือน	✓		รายงานผลการเพาะเชื้อ			
6.3 ถ้ามีการทำ Hemodiafiltration ต้องมีการเก็บตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์ส่งตรวจ Endotoxin เป็นประจำทุกเดือน จากตำแหน่ง ตามข้อ 6.1 และ 6.2	—		รายงานผลตรวจ Endotoxin และแนะนำว่าต้องมี ระดับ Endotoxin ต่ำกว่า 0.03 IU/ml	ถ้าไม่มี Hemodiafiltration ไม่ต้องมีข้อ 6.3		
6.4 ต้องมีการส่งน้ำบริสุทธิ์ตรวจหาสารปนเปื้อนทางเคมีตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓		รายงานผลการตรวจทางเคมี			

องค์ประกอบที่ 8 อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน				มี 13-15 ข้อ	มี 10-12 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือข้อ 4 หรือข้อ 5 หรือข้อ 6 หรือข้อ 7 หรือข้อ 8 หรือข้อ 9 หรือข้อ 10
ต้องมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ดังต่อไปนี้	✓					
1. Oxygen supply (pipeline หรือ tank)	✓		รถฉุกเฉิน			
2. Ambu bag	✓		รถฉุกเฉิน			
3. Laryngoscope	✓		รถฉุกเฉิน			
4. Endotracheal tube และ guidewire	✓		รถฉุกเฉิน			
5. Oral air way (Mouth gag)	✓		รถฉุกเฉิน			
6. เครื่องดูดเสมหะ / suction pipeline	✓		รถฉุกเฉิน			
7. Adrenaline	✓		รถฉุกเฉิน			
8. 7.5 % Sodium bicarbonate	✓		รถฉุกเฉิน			
9. 10 % Calcium gluconate	✓		รถฉุกเฉิน			
10. 50% Glucose	✓		รถฉุกเฉิน			
ควรมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ดังต่อไปนี้						
11. Atropine			รถฉุกเฉิน			
12. Amiodarone		✓	รถฉุกเฉิน			
13. Dopamine		✓	รถฉุกเฉิน			
14. Defibrillator มีเป็นเครื่อง AED	✓		ดูสถานที่			
15. EKG monitoring	✓		ดูสถานที่			

องค์ประกอบที่ 9 แบบบันทึกและคู่มือปฏิบัติงาน	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน						
1. แบบลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT)				มี 3 ข้อ	-	ขาดข้อ 1.1 หรือข้อ 1.2 หรือข้อ 1.3
1.1 ต้องมีการส่งข้อมูล TRT ทั้งข้อมูลศูนย์ และข้อมูลผู้ป่วย	✓		ตรวจสอบข้อมูลทีละผ่านหน้า จอคอมพิวเตอร์ และรายงานจาก คณะอนุกรรมการ TRT			
1.2 ต้องมีการส่งข้อมูล TRT ทั้งข้อมูลศูนย์ และ ข้อมูลผู้ป่วยทุกราย อย่างครบถ้วน (ตามองค์ประกอบ 10 ข้อ 1 - 7)	✓		ตรวจสอบข้อมูลทีละผ่านหน้า จอคอมพิวเตอร์ และรายงานจาก คณะอนุกรรมการ TRT			
1.3 ศูนย์ใดก็ตามต้องมี TRT coordinator ที่ได้รับการอบรม อย่างน้อย 1 คน	✓		ตรวจสอบใบประกาศนียบัตร และ รายงานจากคณะอนุกรรมการ TRT			
2. แบบบันทึกสำหรับการบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			ตรวจสอบข้อมูลทีละผ่านหน้า จอคอมพิวเตอร์ และรายงานจาก คณะอนุกรรมการ TRT	มี 6 ข้อ	มี 4-5 ข้อ	ขาดข้อ 2.1 หรือข้อ 2.2 หรือข้อ 2.3 หรือข้อ 2.4
2.1 ต้องมีการใช้แบบบันทึกคำยินยอมของผู้ป่วยในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis informed consent) ครั้งแรกและทุก 6 เดือน	✓		แบบบันทึก			
2.2 ต้องมีการใช้แบบบันทึก Hemodialysis flow chart ทุกครั้ง	✓		แบบบันทึก			
2.3 ต้องมีการใช้แบบบันทึกผู้ป่วยแรกเข้ารับบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป)	✓		แบบบันทึก			
2.4 ต้องมีการใช้ hemodialysis prescription ครั้งแรกและมีการทบทวนเป็นระยะอย่างน้อยทุก 3 เดือน โดยแพทย์	✓		แบบบันทึก			
2.5 ควรมี medication record ครั้งแรก และมีการทบทวนรายการยาเป็นระยะ	✓		แบบบันทึก			
2.6 ควรมีการใช้แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำ	✓		แบบบันทึก			
3. คู่มือปฏิบัติงาน				มี 7 ข้อ	มี 5-6 ข้อ	ขาดข้อ 3.1 หรือข้อ 3.2 หรือข้อ 3.3 หรือข้อ 3.4 หรือข้อ 3.5
3.1 ต้องมีการนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			
3.2 ต้องมีการนำคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			

รายงานการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษารักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษารักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) พ.ศ. 2557

องค์ประกอบที่ 9 แบบบันทึกและคู่มือปฏิบัติงาน	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
3.3 ต้องมีการนำคู่มือการสิ้นสุด (off) และการดูแลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			
3.4 ต้องมีการนำคู่มือการล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อตัวกรองและสายเลือด (Dialyzer and bloodline reprocessing) มาปฏิบัติ(ถ้ามีการ reuse)	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			
3.5 ต้องมีการนำคู่มือการเตรียมตัวกรองและสายเลือดเพื่อใช้กับผู้ป่วย (Dialyzer and blood line preparation) มาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			
3.6 ควรมีการนำคู่มือการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียมภายหลังที่ใช้แล้วมาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			
3.7 ควรมีการนำคู่มือในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เช่น cardiovascular instability, cardiac arrest, air emboli, cramps, chills มาปฏิบัติ	✓		เอกสารคู่มือปฏิบัติ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน			

องค์ประกอบที่ 10 การประเมินและติดตามผู้ป่วย	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน				มี 8-12 ข้อ	มี 6-7 ข้อ	ขาดข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือข้อ 4 หรือข้อ 5 หรือข้อ 6
1. ต้องมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์โรคไต-กุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป- กุมารแพทย์ทั่วไปที่จัดการอบรมด้านไตเทียมและได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ตามความเหมาะสมของสภาพผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	✓		บันทึกของแพทย์ผู้ดูแล บันทึก progress note ของแพทย์ การสื่อสารระหว่างคณะแพทย์กับพยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วย และสรุปความเห็นของแพทย์ สัมภาษณ์ผู้ป่วย			
2. ต้องมีการส่งตรวจ routine lab ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolytes, calcium, phosphate, albumin เมื่อแรกเข้าและทุก 3 เดือน	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ หลักฐานแสดงกระบวนการประเมินและการแก้ไขเมื่อพบความผิดปกติ			
3. ต้องมีการส่งตรวจ Adequacy of dialysis ได้แก่ KT/V, URR อย่างน้อยทุก 3 เดือน	✓					
4. ต้องมีการส่งตรวจ HBsAg (ถ้าผลตรวจยังเป็นลบ), HBsAb , Anti-HCV เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 6 เดือน	✓					
5. ต้องมีการส่งตรวจ EKG เมื่อแรกเข้าและเมื่อมีอาการผิดปกติ	✓					
6. ต้องมีการส่งตรวจ CXR เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยปีละครั้ง	✓					
7. ควรมีการขอส่งตรวจ anti-HIV เมื่อแรกเข้า	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ			
8. ควรมีการประเมิน vascular access function และ complications ได้แก่ infection rate, thrombosis rate, และ graft failure rate	✓		บันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลักฐานแสดงกระบวนการประเมินและการแก้ไขเมื่อพบความผิดปกติ			
9. ควรมีการส่งตรวจ Iron study เมื่อแรกเข้าและต่อไปอย่างน้อยทุก 6 เดือน	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ			
10. ควรมีการส่งตรวจ Serum intact PTH อย่างน้อยทุก 6 เดือน	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ			
11. ควรมีการส่งตรวจ Lipid profile เมื่อแรกเข้าและต่อไปอย่างน้อยทุก 12 เดือน	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ			
12. ควรมีการส่งตรวจ Liver function test ทุก 12 เดือน	✓		บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ			

องค์ประกอบที่ 11 กระบวนการพัฒนาคุณภาพหน่วยไตเทียม	มี	ไม่มี	หลักฐานและเอกสารประกอบ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
เกณฑ์การประเมิน				มี 5-9 ข้อ	มี 1-4 ข้อ	
1. ควรมีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จนสามารถรับรู้เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ (เช่น ความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อน และสิทธิการรักษาต่างๆ)	✓		คู่มือ แผนการสอน การประเมินสัมภาษณ์ผู้ป่วย			
2. ควรมีแนวทางปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินให้ผู้ป่วยรับทราบ และมีวิธีการสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้	✓		มีเอกสารและคู่มือผู้ป่วยสัมภาษณ์ผู้ป่วย			
3. ควรมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีการปรับข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอ	✓		สมุดประจำตัวผู้ป่วย			
4. ควรมี Dialysis conference / case review / incident reports review	✓		เอกสารการประชุม ข้อสรุป และนำไปปฏิบัติพร้อมประเมินผล			
5. ถ้าเป็นหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาล ส่วนของโรงพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพภายในของหน่วยไตเทียม และเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	✓		สัมภาษณ์ผู้บริหารและหน่วยประกันคุณภาพของโรงพยาบาล เอกสารผลลัพธ์การประเมินภายในองค์กรของโรงพยาบาล			
6. ควรมีระบบการสื่อสาร กับหน่วยงานอื่นที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย	✓		เอกสารการสื่อสารที่ตรวจสอบได้ เช่น ใบสรุปการส่งต่อผู้ป่วย			
7. ควรมีการติดตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เช่น hypotension, chills, cramps, CPR, exit-site infection) และมี incident reports	✓		แบบบันทึกอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลักฐานแสดงกระบวนการประเมินและการแก้ไขเมื่อพบความผิดปกติ			
8. ควรมีการติดตาม patient survival, admission rate, technique failure, dropout rate	✓		แบบบันทึกข้อมูลและแสดงผลการวิเคราะห์ของทั้งหน่วย			
9. ควรมีการประเมินติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	✓		มีหลักฐานแสดงกระบวนการประเมินและการแก้ไขเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต			

คำรับรองของผู้รับผิดชอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในแบบรายงานข้อมูลพื้นฐานและการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อ
การรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการ
รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ของ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลโซฟิส ฉบับนี้
เป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบว่ามีข้อความใดที่แจ้งไว้ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามคำ
ตัดสินของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกประการ

ลายมือชื่อ แพทย์ผู้รับผิดชอบห้องไตเทียม (คุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานฯ องค์ประกอบที่ 2)

(.....)
(นพ.พิสิฐ อินทรวงศ์โชติ)
อายุรแพทย์โรคไต

อายุรแพทย์โรคไตหรือกุมารแพทย์โรคไตที่ปรึกษา
(ในกรณีที่แพทย์ที่รับผิดชอบห้องไตเทียมไม่ใช่อายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต)

(.....)
(.....)

หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียม

(.....)
(นางวรรณภา เกื่อนศรี)
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าสถานพยาบาล

(.....)
(นพ.สรพงษ์ ลึกษาธ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วันที่ 8 เมษายน 2565