**1. ข้อมูลการประเมินตนเองเรื่องสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ**

**1.1 สรุปผลการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและแผนการพัฒนา**

1. ในรอบปีที่ผ่านมา มีการพัฒนา ปรับปรุงอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัย ได้แก่

1.1 ……………………………………………………………………………………………………………………………..………………..

1.2 ………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..

1.3 …………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

1.4 …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

1.5 ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

**หมายเหตุ** สามารถเพิ่มรายการได้มากกว่า 5 รายการ

1. แผนพัฒนาอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยจากผลการประเมิน (ตามลำดับความสำคัญ).คือ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการ | ระบุวันเริ่มต้นและสิ้นสุด |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**หมายเหตุ** ระบุได้ตามที่จัดทำแผนการพัฒนาไว้

**1.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)**

1. สำเนาใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.5 หรือ อ.6 ) กรณีโรงพยาบาลเอกชน (ทุกอาคาร)
2. สำเนาใบรายงานการตรวจสอบอาคาร(ใบ ร.1) กรณีอาคารสูงมากกว่า 23 เมตร ขี้นไป อาคารขนาดใหญ่ (พื้นที่ตั้งแต่ 10,000 ตร.ม.) ทุกอาคาร (กรณีโรงพยาบาลเอกชน)
3. มีการตรวจสอบโครงสร้างอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในรอบปีที่ผ่านมาครั้งสุดท้าย เมื่อ......................................................................... และมีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกครั้งสุดท้าย เมื่อ........................................................................................................................................................................

มีสิ่งที่ต้องปรับปรุงจำนวน.................รายการ ปรับปรุงแล้วเสร็จจำนวน............................................รายการ

1. มีการตรวจวัดการระบายอากาศ แสง เสียง และฝุ่นละอองในรอบปีที่ผ่านมา เมื่อ..........................................

.........................................................................................................................................................................

 ผลการตรวจสอบมีสิ่งผิดปกติจำนวน...................................แห่ง ปรับปรุงแล้ว..........................................แห่ง

1. มีการสำรวจ/วิเคราะห์วัสดุและของเสียอันตรายของโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา ครั้งสุดท้ายเมื่อ..................................... มีวัสดุและของเสียอันตรายทั้งหมด............................รายการ อุบัติการณ์หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากวัสดุและของเสียอันตราย จำนวน..................................................................อุบัติการณ์
2. ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาลมีโอกาสประสบ หรือต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ......................... ...........................................................................................................................................................................

มีการฝึกซ้อมครั้งสุดท้าย เมื่อ............................................................................................................................

1. มีการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในรอบ 1- 3 ปีที่ผ่านมา จำนวน ............... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่................................................บุคลากรของโรงพยาบาลเข้าร่วมการฝึกซ้อมร้อยละ....................... ผลการฝึกซ้อม.............................................................................................................................................................
2. มีอุบัติการณ์ ปัญหาด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน...............................................อุบัติการณ์ มีการแก้ไขและวางระบบป้องกันร้อยละ........................................

**1.3 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (ENV.2)**

1. มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามแผนที่วางไว้ ในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน.....................................รายการ คิดเป็นร้อยละ.....................................................................ของแผนที่วางไว้
2. ในรอบปีที่ผ่านมา มีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) ในระหว่างวันที่..........................................

จำนวน............................รายการ ผลการสอบเทียบผ่านจำนวน.........................รายการ (ร้อยละ.................)

1. ระบบไฟฟ้าสำรองสามารถสำรองได้.................ชั่วโมง ในรอบปีที่ผ่านมามีอุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบไฟฟ้าสำรอง จำนวน.............ครั้ง มีการแก้ไขและปรับรุงระบบที่สำคัญ คือ...............................................................................
2. ระบบน้ำประปาสามารถสำรองน้ำได้.................ชั่วโมง ในรอบปีที่ผ่านมามีอุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบน้ำประปาสำรอง จำนวน................ครั้ง มีการแก้ไขและปรับรุงระบบที่สำคัญ คือ .......................................... มีการตรวจคุณภาพน้ำประปากับหน่วยงานภายนอก (น้ำใช้) ปีละ.............ครั้ง มีการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม ปีละ............ ครั้ง (แนบผลการตรวจปีสุดท้ายทุกครั้งที่ตรวจ)
3. ระบบก๊าซทางการแพทย์ (ระบบออกซิเจนและระบบไนตรัส) สามารถสำรองได้...........................ชั่วโมง ในรอบปีที่ผ่านมามีอุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบก๊าซทางการแพทย์ จำนวน.........................................ครั้ง มีการแก้ไขและปรับรุงระบบที่สำคัญ คือ......................................................................................................................................
4. การฝึกซ้อมช่วยเหลือกรณีลิฟต์ค้าง/ลิฟต์ติด (กรณีโรงพยาบาลที่มีลิฟต์) ปีละ......................................ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่..................................................ใช้ระยะเวลาในการช่วยเหลือเฉลี่ย.....................................นาที
5. ผลการตรวจน้ำในระบบ cooling tower (กรณีที่โรงพยาบาลมีระบบ) ปีละ ............ครั้ง/ครั้งสุดท้าย เมื่อ.............................................ผลการตรวจ.............................................................................................................

**1.4 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)**

1. ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นแบบ...................................................สามารถรับน้ำได้......................ลบ.ม. เวลาที่น้ำเข้าระบบมากที่สุด เวลา...........................น. ปริมาณน้ำเข้าระบบเฉลี่ยวันละ..................................................ลบ.ม.
2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัด 4 ครั้งสุดท้าย ผลพบว่า...........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ครั้งที่/วันที่ | จำนวนผลการตรวจ(ผ่าน/ไม่ผ่าน) | การปรับปรุงแก้ไข |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 (แนบผลการตรวจ 4 ครั้งสุดท้าย)

1. ในรอบปีที่ผ่านมา มีการประเมินความถูกต้องของการคัดแยกขยะ จำนวน......................................ครั้ง/ปี ผลการประเมินการคัดแยกขยะ ถูกต้อง ร้อยละ.................................................................................................................
2. กรณีที่โรงพยาบาลจ้างบริษัทภายนอกรับขยะอันตรายและขยะติดเชื้อไปกำจัด บริษัทรับขนขยะชื่อ..................................................................ใบอนุญาตเลขที่.....................................................................................

บริษัทรับกำจัด ชื่อ.......................................................ใบอนุญาตเลขที่.................................................................มีการตรวจติดตามการกำจัดขยะครั้งสุดท้ายวันที่...................................................................................................

 **2. รายการและจำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตและการรักษาพยาบาล**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวนที่มีในปัจจุบัน | จำนวนที่ต้องการเพิ่ม |
| 1 | Defibrillator |  |  |
| 2 | Ventilator |  |  |
| 3 | Patient monitor |  |  |
| 4 | Anesthesia machine |  |  |
| 5 | Infusion pump |  |  |
| 6 | Syringe pump |  |  |
| 7 | Infant incubator |  |  |
| 8 | Radiant warmers (infant) |  |  |
| 9 | Electrosurgical apparatus |  |  |
| 10 | เครื่อง X-ray |  |  |
| 11 | เครื่อง X-ray computer |  |  |
| 12 | เครื่อง MRI |  |  |
| 13 | เครื่อง EKG |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** โรงพยาบาลสามารถเพิ่มเติมรายการเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตและการรักษา ให้เป็นไปตามภารกิจ/บริบทของโรงพยาบาล