

แบบประเมินความพร้อมรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ระดับกลางและระดับสูง  
ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

( ILS = Intermediate Life Support และ ALS = Advance Life Support )

ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ชื่อ หน่วยงานเจ้าของรถปฏิบัติการฉุกเฉิน (รถพยาบาล)ระดับกลาง / ระดับสูง .....

ที่ตั้ง ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สังกัด ( ) กระทรวงสาธารณสุข ( ) กระทรวงศึกษาธิการ ( ) กระทรวง.....ระบบ  
( ) กรุงเทพฯ ( ) เมืองพัทยา ( ) องค์การบริหารส่วนจังหวัด ( ) เทศบาล ( ) องค์การบริหารส่วนตำบล  
( ) มูลนิธิ.....ระบบ ( ) อื่น ๆ .....

ทะเบียนยานพาหนะ..... (ใช้สำหรับรถ 1 คัน) (ให้เติม ✓ ใน ( ) เมื่อรถของท่านมี / ติดตั้ง)

- เป็นรถยนต์ / รถที่กำหนดไว้ในประกาศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
ห้องคนขับมีผนังกันแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ - ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้, ประตูด้านท้ายปิดล็อกสนิท,  
มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำหัตถการ, เตียงนอนสำหรับผู้ป่วยมีล้อพับได้พร้อมรางเลื่อน และระบบล็อคเตียง,  
ด้านล่างของฐานมีพื้นที่วางพอสําหรับเก็บ Spinal Board, มีพัดลมไฟฟ้า / เครื่องระบายอากาศในห้องพยาบาล,  
เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) - มีที่แขวนภาชนะใส่น้ำเกลือ / เลือด  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
( ) เป็นรถดัดแปลง ที่มีรายละเอียดคล้ายกัน
- ติดตั้งสัญญาณไฟวับวาบ สีแดง - น้ำเงิน  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
ถ้าไม่ใช่ ( ) ระบุ สี.....
- สัญญาณไฟวับวาบได้รับอนุญาตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ
- ติดตั้งเครื่องกำเนิดเสียงสัญญาณไซเรน ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ
- ติดตั้งวิทยุคมนาคม ระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์ ที่ได้รับอนุญาตจาก กทข. / หน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย  
( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ
- มีออกซิเจนท่อกขนาดใหญ่ ( Size G ) พร้อม Pipe Line มี Flow meter และ Bubble - jet Nebulizer ติดตั้งชุด  
ปรับความดันออกซิเจนสำหรับผู้ป่วย (Regulator) ซึ่งอุปกรณ์ทุกชิ้น สามารถใช้งานได้ดี  
( ) มี ( ) ไม่มี
- มีเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์  
( ) มี ( ) ไม่มี

ILS+ ALS 1.

8. มีเปลดัก (Scoop)  
 มี  ไม่มี
9. มี Long spinal board พร้อม สายรัดตรึงศีรษะ – ที่ยึดตรึงศีรษะ (Head Immobilizer)  
 มี  ไม่มี
10. มีฝีกอกชนิดแข็ง (Hard collar) ไม่น้อยกว่า 3 ขนาด  
 มี  ไม่มี
11. มีฝีกอกตาม แขน ขา  
 มี  ไม่มี
12. มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : ปรอทวัดไข้, เครื่องวัดความดันโลหิต, หูฟัง  
 มี  ไม่มี
13. อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล (ถุงมือปราศจากเชื้อ, สำลี ไม้พันสำลี, ผ้าก๊อช ชนิดบางและหนา ผ้าก๊อชชุบวาสลีน, Elastic bandage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว, พลาสเตอร์เหนียว, กรรไกร, แอลกอฮอล์ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, สายรัด (Tourniquet), ครีมทาแผล ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อุปกรณ์ล้างตา)  
 มี  ไม่มี
14. มี Pocket mask  
 มี  ไม่มี
15. มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือ  
 มี  ไม่มี
16. อุปกรณ์สำหรับทำคลอด - Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape + กรรไกรตัดสายสะดือ + -ลูกยางดูดเสมหะ + ผ้าก๊อช ขนาด ๔ x ๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัวผ้าห่อตัวเด็ก  
 มี  ไม่มี
17. มี Stair chair  
 มี  ไม่มี
18. มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ  
 มี  ไม่มี
19. มี Air way สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ขนาดต่างๆ  
 มี  ไม่มี
20. มี Gluco-meter  
 มี  ไม่มี
21. ชุดผ่าตัดเล็ก (Minor surgical set)  
 มี  ไม่มี
22. มี Pulse Oximeter  
 มี  ไม่มี

23. มี Laryngoscope  
 มี  ไม่มี
24. มี Endotracheal tube  
 มี  ไม่มี
25. มี Portable respirator or Ambu bag  
 มี  ไม่มี
26. มี Magill Forceps  
 มี  ไม่มี
27. มี KED  
 มี  ไม่มี
28. มี Vacuum Splint  
 มี  ไม่มี
29. เครื่องช็อคหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้า (AED / Defibrillator) ประจำ / สามารถเคลื่อนย้ายไปใช้นอกยานพาหนะได้  
 มี  ไม่มี
30. มี Volume Respirator ประจำ / สามารถเคลื่อนย้ายไปใช้นอกยานพาหนะได้  
 มี  ไม่มี
31. มียาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน สำหรับชุดปฏิบัติการระดับกลาง ตามรายละเอียดที่กำหนด และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วย ,  
 NSS, ASA gr V, Nitroglycerine อมใต้ลิ้น, Nitroderm แผ่นติดหน้าอก Salbutamol พ่น, Acetar, ringer lactate,  
 Adrenaline, Atropine, DZP, 50%Glucose, CPM, Dexamethasone (จาก [www.niems.go.th](http://www.niems.go.th) "มาตรฐาน")  
 มี  ไม่มี
32. มียาหรือเวชภัณฑ์ สำหรับชุดปฏิบัติการระดับสูง ตามรายละเอียดที่กำหนด และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วย  
 Adrenaline ๑๐ amp, Atropine ๕ amp, Calcium chloride ๒ amp Dextrose ๕๐% ๒ amp, Diazepam (๑๐ mg) ๒ amp,  
 Furosemide ๒ amp Sodium Bicarbonate ๒ amp, Nitroglycerine (อมใต้ลิ้น) ๕ tab, Nitroderm (แปะหน้าอก) ๒ แผ่น,  
 Lactated Ringer Solution (๕๐๐ ml) ๒ ถุง Normal Saline Solution (๕๐๐ ml) ๒ ถุง, ๕% D / N / ๒ ๕๐๐ ml ๒ ถุง  
 Xylocard ๑๐๐ mg ๑ amp หรือ Caudarone ๑๕๐ mg ๔ amp ASA grV สำหรับเคี้ยว ๕ tab , Morphine ๒ amp,  
 Pethidine ๒ amp Salbutamol ๓ nebulas, Naloxone ๒ amp (จาก [www.niems.go.th](http://www.niems.go.th) "มาตรฐาน")  
 มี  ไม่มี
33. มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ, Mask, ถุงขยะติดเชื้อ, ผ้ากันเปื้อน, รองเท้าบู๊ต  
 มี  ไม่มี
34. อุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์: กรวยจรรยา, ไฟฉายหรือไฟควบคุมจรรยา, เสื้อสะท้อนแสง เทปกั้นการจรรยา, นกหวีด  
 มี  ไม่มี

35. มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัว พร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว  
กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่

( ) มี ( ) ไม่มี

36. มีผลการออกให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน / ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปี 2551 ..... ราย (เติมตัวเลข)  
ปี 2552 ..... ราย (เติมตัวเลข)

37. แนบ File ภาพถ่ายรถปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 3 ภาพ ประกอบด้วย ภาพถ่ายด้านหน้า ด้านข้าง และ  
ด้านหลังที่เห็นอุปกรณ์ในห้องพยาบาล

(หน่วยงานที่มีรถพยาบาลมากกว่า 1 คัน ให้ข้อมูลในข้อ 36 เฉพาะรถพยาบาลคันแรกเท่านั้น)

ผู้ให้ข้อมูลในแบบประเมิน.....  
ตำแหน่ง.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....  
วันที่ให้ข้อมูล ...../...../.....  
โปรดเขียนให้ชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการขอข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม.....  
ตำแหน่ง.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....  
วันที่บันทึกข้อมูล ...../...../.....  
ระดับยานพาหนะ / หมายเลข..... (Autorun)  
(ตรงกับสติ๊กเกอร์ ที่แสดงเลขที่ทะเบียนยานพาหนะและกำหนดวันสิ้นสุดการรับรอง

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่	นายไพศาล	โชติกล่อม	02 - 5918873 หรือ 089 -027 -1669
	นายทรงศักดิ์	ภูมิสายคร	085 - 260 - 1669
	นายพีเชษฐ	หนองข่าง	085 - 684 - 1669
	นางสาวอมวาศรี	เปาอินทร์	084- 875 - 1669

แบบประเมินความพร้อมของรถปฏิบัติการฉุกเฉิน เบื้องต้นและระดับต้น ที่ขึ้นทะเบียนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
( หน่วยกู้ชีพระดับ FR และ หน่วยกู้ชีพระดับ BLS )

ระบุ ชื่อชุดปฏิบัติการ ( หน่วยกู้ชีพ ) .....

ที่ตั้ง ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... สังกัด

( ) กระทรวงสาธารณสุข ( ) กระทรวงศึกษาธิการ ( ) กระทรวง.....ระบุ ( ) กรุงเทพฯ ( ) เมืองพัทยา

( ) องค์การบริหารส่วนจังหวัด ( ) เทศบาล ( ) องค์การบริหารส่วนตำบล ( ) มูลนิธิ ( ) อื่น ๆ .....ระบุ

\*\*\*\*\*

ทะเบียนรถยนต์..... (ใช้สำหรับรถ 1 คัน) (ให้เติม  ใน ( ) เมื่อรถของท่านมี / ติดตั้ง

รถยนต์

- 1 ชนิดของรถ ( ) รถตู้  
( ) รถกระบะบรรทุกคนเดียว ( ) มีหลังคาคลุม  
( ) ไม่มีหลังคาคลุม  
( ) กระบะ Cap ( ) มีหลังคาคลุม  
( ) ไม่มีหลังคาคลุม  
( ) รถ 4 ประตู ( ) มีหลังคาคลุม  
( ) ไม่มีหลังคาคลุม  
( ) อื่น ๆ (ระบุ)..... ( ) มีหลังคาคลุม  
( ) ไม่มีหลังคาคลุม
- 2 สีรถ ( ) สีขาว ( ) สีอื่น ระบุ.....
- 3 สามารถระบายอากาศในส่วนลำเลียง หรือขนส่งผู้ป่วย ได้ดี  
( ) ได้ ( ) ไม่ได้
- 4 ผู้ขับสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้โดยสารในส่วนลำเลียง หรือขนส่งผู้ป่วยได้  
( ) ได้ ( ) ไม่ได้
- 5 ด้านท้ายรถ มีที่เปิด - ปิด สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้สะดวก  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- 6 ที่เปิด - ปิด ด้านท้ายรถ ล็อคได้สนิทขณะลำเลียง หรือขนส่งผู้ป่วย  
( ) ได้ ( ) ไม่ได้
- 7 มีชื่อหน่วยปฏิบัติการ (ชื่อสังกัดเจ้าของรถ) ที่กระจกด้านหน้า  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 8 มีชื่อหน่วยปฏิบัติการ (ชื่อสังกัดเจ้าของรถ) ที่ด้านข้างตัวรถ  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 9 มีชื่อหน่วยปฏิบัติการ (ชื่อสังกัดเจ้าของรถ) ที่ด้านหลังตัวรถ  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 10 ติดตั้งไฟสัญญาณวันวาบ สีน้ำเงิน - แดง  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
ถ้าไม่ใช่ให้ระบุ → ( ) ระบุสี .....
- 11 ไฟสัญญาณวันวาบ ได้รับอนุญาตติดตั้งจาก สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
( ) ได้ ( ) ไม่ได้
- 12 ติดตั้งสัญญาณ ไชเรน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- 13 ไชเรน ได้รับอนุญาตติดตั้งจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
( ) ได้ ( ) ไม่ใช่
- 14 ติดตั้งเครื่องขยายเสียง ( ) มี ( ) ไม่มี

ด้านในรถ

- 15 ติดตั้งวิทยุสื่อสาร ( ) มี ( ) ไม่มี
- 16 วิทยุสื่อสาร ใ้ได้รับอนุญาตติดตั้งจาก คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช)  
( ) ได้ ( ) ไม่ได้
- 17 มีที่แขวนน้ำเกลือในส่วนลำเสียงหรือขนย้ายผู้ป่วย  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 18 มีแสงสว่างเพียงพอ ในส่วนลำเสียง / ขนย้ายผู้ป่วย  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 19 มีที่วางสำหรับวางเตียงในลักษณะนอนราบ  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 20 มีเปลขนย้ายผู้ป่วยที่ยึดตรงกับรถพยาบาลฉุกเฉิน  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 21 มีที่วางสำหรับปฏิบัติกาให้การช่วยเหลือ และช่วยฟื้นคืนชีพ ( CPR )  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 22 มีที่เก็บอุปกรณ์การแพทย์ / อุปกรณ์อย่างอื่น ป้องกันการหลุดร่วง ปลิว เมื่อรถประสบอุบัติเหตุ  
( ) มี ( ) ไม่มี
- 23 มีเครื่องดับเพลิงชนิดไม่มีสาร CFC ( ) มี ( ) ไม่มี
- อุปกรณ์การตามและยึดตรึง**
- 24 ที่ล็อคศีรษะ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 25 แผ่นรองหลังแบบยาว ( ) มี ( ) ไม่มี
- 26 สายรัดตัว ( ) มี ( ) ไม่มี
- 27 เข็มอกคอ ( ) มี ( ) ไม่มี
- อุปกรณ์ปฐมพยาบาล**
- 28 อุปกรณ์ ตาม แขน ขา ( ) มี ( ) ไม่มี
- 29 อุปกรณ์ทำแผลห้ามเลือด ( ) มี ( ) ไม่มี
- 30 อุปกรณ์ล้างตา ( ) มี ( ) ไม่มี
- 31 Pocket Mask ( ) มี ( ) ไม่มี
- 32 ลูกสูบยางแดง ( ) มี ( ) ไม่มี
- 33 อุปกรณ์หนีบสายสะดือ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 34 ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 35 เครื่องวัดแรงดันโลหิตอัตโนมัติ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 36 เครื่องวัดระดับน้ำตาลอัตโนมัติ ( ) มี ( ) ไม่มี
- อุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**
- 37 ผ้ากันเปื้อน ( ) มี ( ) ไม่มี
- 38 ถุงมือ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 39 Mask ( ) มี ( ) ไม่มี
- 40 ถุงขยะติดเชื้อ ( ) มี ( ) ไม่มี
- 41 รองเท้าบูท ( ) มี ( ) ไม่มี
- อุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์**
- 42 กรวยยางจราจร ( ) มี ( ) ไม่มี
- 43 ไฟฉาย / กระบองไฟจราจร ( ) มี ( ) ไม่มี
- 44 เสื้อสะท้อนแสง ( ) มี ( ) ไม่มี
- 45 เทปกันจราจร ( ) มี ( ) ไม่มี
- 46 นกหวีด ( ) มี ( ) ไม่มี

อุปกรณ์สื่อสาร

- 47 วิทยุสื่อสาร ( ) มี ( ) ไม่มี  
 48 โทรศัพท์เคลื่อนที่ ( ) มี ( ) ไม่มี

อุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น

- 49 ขวานขนาดใหญ่ ( ) มี ( ) ไม่มี  
 50 เข็อกคล้องตัวพร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว ( ) มี ( ) ไม่มี  
 51 ท่อ PVC สั้นสำหรับสอดเชือกกันขาด ( ) มี ( ) ไม่มี  
 52 กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่ ( ) มี ( ) ไม่มี  
 53 อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC ( ) มี ( ) ไม่มี

สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ BLS ที่ต้องมี เวชภัณฑ์ / อุปกรณ์ (เพิ่มเติม)

- 54 ชุดทำคลอด ( ) มี ( ) ไม่มี  
 55 Oro pharyngeal airway ( ) มี ( ) ไม่มี  
 56 เครื่องช่วยหายใจชนิดมีอิมบ ( ) มี ( ) ไม่มี

ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน

- 57 NSS - ASA gr V ( ) มี ( ) ไม่มี  
 58 Nitroglycerine อมใต้ลิ้น ( ) มี ( ) ไม่มี  
 59 Nitroderm แผ่นติดหน้าอก ( ) มี ( ) ไม่มี  
 60 Salbutamol พ่น ( ) มี ( ) ไม่มี

- 61 มีผลการออกให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน / ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปี 2551 ..... ราย (เดิมนวเลข)  
 ปี 2552 ..... ราย (เดิมนวเลข)

62 แนบ File ภาพถ่ายรถปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 3 ภาพ ประกอบด้วย ภาพถ่ายด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลังที่เห็นอุปกรณ์ในห้องพยาบาล

(หน่วยงานที่มีรถพยาบาล / รถปฏิบัติการฉุกเฉิน มากกว่า 1 คัน ให้ข้อมูลในข้อ 61 เฉพาะรถพยาบาลคันแรกเท่านั้น)

ผู้ให้ข้อมูล.....  
 ตำแหน่ง.....  
 หมายเลขโทรศัพท์.....  
 วันที่ให้ข้อมูล ...../...../.....  
**โปรดเขียนให้ชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการขอข้อมูลเพิ่มเติม**

ผู้บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม.....  
 ตำแหน่ง.....  
 หมายเลขโทรศัพท์.....  
 วันที่บันทึกข้อมูล ...../...../.....  
**ระดับยานพาหนะ / หมายเลข..... ( Autorun )**  
 (ตรงกับสติ๊กเกอร์ ที่แสดงเลขที่ทะเบียนยานพาหนะและกำหนดวันสิ้นสุดการรับรอง)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่ นายไพศาล โชติกล่อม 02 - 5918873 หรือ 089 -027 -1669

นายทรงศักดิ์ ภูมิสายจร 085 - 260 - 1669  
 นายพิเชษฐ หนองข่าง 085 - 684 - 1669  
 นางสาวอมวาศรี เป่าอินทร์ 084 - 875 - 1669