
 <p>กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียน สำหรับใช้ยาเม็ดฟีริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน</p>	<p>MTP 2 1/2</p>
---	---	---------------------------

รายการสำรวจและประเมินความพร้อม (check list)
สำหรับสถานพยาบาล
ก่อนอนุมัติใช้ยาเม็ดฟีริสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกันเพื่อยุติการตั้งครรภ์

หัวข้อ		หัวข้อการเตรียมการ
บุคลากร และตารางการให้บริการ		
มี	ไม่มี	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการทบทวนบทบาทและศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล เกสซิก และบุคลากรแนะแนว เพื่อเตรียมการให้เหมาะสมและสามารถ ผสมผสานการให้บริการด้านนี้
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการทบทวน และวางแผนตารางเวลาการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการคัดเลือกบุคลากรเฉพาะเพื่อมาทำหน้าที่ในการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางระบบและบุคลากรสนับสนุนที่พร้อมให้บริการ 24 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการประเมินศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการ เรื่องการทำหัตถการ เพื่อให้ สามารถให้บริการได้ในกรณีที่ผู้รับบริการเลือกวิธีการทางหัตถการแทนการใช้ยา หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริการด้านนี้
การบริหารจัดการ ด้านกายภาพ อุปกรณ์ และราคา		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการเตรียมแนวทางการให้บริการของสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีห้องให้การปรึกษาและห้องพักฟื้น ในกรณีที่ผู้รับบริการมาใช้ยาไมโซโพรสโตล ที่ สถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางแผนในเรื่องการคิดค่าใช้จ่าย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การ ตรวจบัสสาวะ การตรวจอุลตราซาวด์ เป็นต้น
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ - เครื่องมือดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration-MVA) - เครื่องอุลตราซาวด์ ▪ หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปรับการตรวจยืนยันยืนยันอายุครรภ์ด้วยอุลตราซาวด์ และ รับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเครื่องมือดูดสูญญากาศ กรณีที่ผู้รับบริการต้องการยุติ การตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางหัตถการ หรือกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาล้มเหลว
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ กำหนดวันที่เปิดให้บริการ และประสานการส่งต่อผู้รับบริการกับเครือข่ายด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ มีการวางระบบการรับหรือส่งต่อ และระบบติดตามหากผู้รับบริการไม่มาตามนัด

 <p>กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH</p>	<p>แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียน สำหรับใช้ยามีฟีริสโตนและ ไมโซโพรสโตลลบรรจุในแผงเดียวกัน</p>	<p>MTP 2 2/2</p>
--	--	---------------------------

หัวข้อ		หัวข้อการเตรียมการ
การบริหารจัดการ ด้านกายภาพ อุปกรณ์ และราคา		
มี	ไม่มี	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบการบันทึก และส่งรายงานการไต่ถามให้กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการให้คำแนะนำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์
การอบรม และการประชุม		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการวางแผนและจัดประชุมทำความเข้าใจเบื้องต้นกับฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านทัศนคติที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการส่งต่อภายในสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการวางแผนและจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีรายชื่อทีมแพทย์ที่ปรึกษา กรณีมีปัญหา หรือข้อสงสัย

ข้อมูลของสถานพยาบาล

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่
ชื่อผู้ให้ข้อมูล	
เบอร์โทร :	
วัน/เดือน/ปี ที่ให้ข้อมูล	เบอร์โทรติดต่อ

ข้อมูลผู้สำรวจและผลการสำรวจ

การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจโดย	<input type="checkbox"/> บุคลากรของสถานพยาบาลเอง <input type="checkbox"/> บุคลากรที่ได้รับมอบหมายจากกรมอนามัย
ชื่อ นามสกุล	หน่วยงานและที่อยู่
ผลการสำรวจ	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน <input type="checkbox"/> ผ่านแบบมีเงื่อนไข ระบุ
ลงนามผู้สำรวจ	วัน เดือน ปี ที่ลงนาม
..... ()

หมายเหตุ ผู้สำรวจสถานพยาบาลต้องเป็นแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้บริการ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 02 590 4244 โทรสาร 02 590 4163(4244) แก๊ไข 4มกราคม 2560
Download แบบฟอร์ม ได้ที่ http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion