

**ใบรายงานผล**

**การตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน**

ด้วยข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง (ผู้อำนวยการ/ผู้แทน).....  
 ได้ทำการตรวจ สภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินยี่ห้อ.....  
 รุ่น.....ลักษณะรถ (ตามเล่มทะเบียนรถ).....หมายเลขทะเบียน.....  
 ซึ่งใช้บริการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงานชื่อ.....  
 ประเภทหน่วยงาน สถานพยาบาลรัฐ สถานพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
มูลนิธิหรือองค์กรการกุศลอื่นๆ อื่นๆ.....  
 พบว่ามีลักษณะรถ และอุปกรณ์รักษาพยาบาลประจำรถ ดังนี้

ที่	รายการ	มีพร้อมใช้	มีไม่พร้อมใช้	ไม่มี
๑.	เป็นรถยนต์ตู้ / รถกระบะบรรทุก มีทะเบียนยานพาหนะถาวร/ได้รับการต่อทะเบียนแล้ว ขนาดมาตรฐาน มีหลังคาคลุมสูงเพียงพอที่จะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ( CPR ) ได้สะดวก ห้องคนขับมีผนังกันแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ - ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้, ประตูด้านท้ายสามารถปิดล็อคสนิท, มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำการหัตถการ, มีที่นั่งสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน, <b>มีที่ว่างสำหรับวางเตียงพร้อมผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะนอนราบ</b> มีระบบระบายอากาศในห้องพยาบาล			
๒.	เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)-มีที่แขวนภาชนะใส่สารน้ำ			
๓.	ติดตั้งวิทยุคมนาคมระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์			
๔.	มีออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ที่ใช้งานได้ดี / ปลอดภัย			
๕.	ติดตั้งเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์			
๖.	มี Long spinal board พร้อมสายรัดตรึง - ที่ยึดตรึงศีรษะ ( Head Immobilizer)			
๗.	มีเฝือกคอชนิดแข็ง (Hard collar) ไม่น้อยกว่า ๓ ขนาด / ปรับเปลี่ยนขนาดได้			
๘.	มีเฝือกตาม แขน ขา			
๙.	มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : พรอทวัดไข้, เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ			
๑๐.	มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล พื้นฐาน (ถุงมือปราศจากเชื้อ , สำลี ไม้พันสำลี, ผ้าก๊อช ชนิดบางและหนา , Elastic bandage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว, พลาสเตอร์เหนียว, กรรไกร, แอลกอฮอล์น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, อุปกรณ์ล้างตา)			
๑๑.	มี Pocket mask			
๑๒.	มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือบีบ / ลูกยางแดง			
๑๓.	มี Ambu BAG			
๑๔.	มี Oro pharyngeal airway			
๑๕.	อุปกรณ์สำหรับทำคลอด : - Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape + กรรไกรตัดสายสะดือ + ลูกยางดูดเสมหะ + ผ้าก๊อช ขนาด ๔ x ๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัวผ้าห่อตัวเด็ก			
๑๖.	มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ			
๑๗.	มี Gluco-meter			
๑๘.	มียาหรือเวชภัณฑ์ สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ตามรายละเอียดที่กำหนด			

ที่	รายการ	มีพร้อมใช้	มีไม่พร้อมใช้	ไม่มี
	และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วยตามคำสั่ง จำนวน / ปริมาณตามความจำเป็นหรือเท่ากับ NSS, ASA gr V Nitroglycerine อมใต้ลิ้น, Nitroderm แผ่นติดหน้าอก, Salbutamol พ่น			
๑๙.	มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ, Mask, ถุงขยะติดเชื้อ, ผ้ากั้นเปื้อน, รองเท้าบูต			
๒๐.	มีอุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์ : กรวยจรรยา, ไฟฉายหรือไฟควบคุมจรรยา, เสื้อสะท้อนแสง, เทปกั้น, การจรรยา, นกหวีด			
๒๑.	มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัว พร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว, กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่, อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC			
๒๒.	อุปกรณ์ความปลอดภัย : ติดตั้งไฟกระพริบ ๖ จุด (ด้านละ ๓ จุด), เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง, ติดตั้งโคมไฟสปอร์ตไลท์สามารถปรับมุมสูง-ต่ำ-ซ้าย-ขวา จำนวน ๔ จุด			

ผลการตรวจสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรถคันดังกล่าว

- มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้งานได้ดี เห็นควรรับรอง
- มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้งานได้ เห็นควรรับรองอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจาก .....
- .....
- ไม่มีความพร้อม ไม่ควรรับรอง

..... ผู้ตรวจสภาพ  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่...../ เดือน...../ พ.ศ.....