



แบบฟอร์มการขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่
และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เรื่อง ขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ

ตามที่หน่วยงาน/องค์กร.....ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการประกาศ
รายชื่อให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ วรรคหนึ่ง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และ
เงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้ดำเนินการขออนุมัติเป็นหน่วย
ปฏิบัติการตามประกาศฯ ดังกล่าวภายในหนึ่งปี แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดบางประการที่ยังไม่สามารถจัดให้หน่วยปฏิบัติการมี
ลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในเวลาที่กำหนดได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ซึ่งเป็นผู้บริหาร
ของหน่วยปฏิบัติการ ขอรายงานเหตุผลความจำเป็นเพื่อขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ สำหรับประกอบการ
พิจารณายังท่าน ตามในผนวกแนบท้ายแห่งประกาศดังกล่าว ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ :
๒. สถานที่ตั้ง : เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....เบอร์โทร.....
๓. มีความประสงค์ขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ระดับใด
☐ ระดับพื้นฐาน ☐ ระดับสูง ☐ ระดับเฉพาะทาง
๔. หน่วยปฏิบัติการของท่าน มีชุดปฏิบัติการในสังกัด จำนวนชุด
๕. หน่วยปฏิบัติการได้กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงานอย่างไร
☐ หมุนเวียนเป็นผลัดเวรละ ๘ ชั่วโมง วันละ ๓ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี
☐ หมุนเวียนเป็นผลัดเวรละ ๑๒ ชั่วโมง วันละ ๒ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี
☐ จัดในรูปแบบอื่น (โปรดระบุ)

ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอยกเว้น (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน)

๖. บุคลากรยังมิคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด/จำนวนไม่เพียงพอ ดังนี้

๖.๑ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน
- ☐ ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึง ๓ ปี
- ☐ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้บริหารหน่วยตามที สผจ. กำหนด

๖.๒ ผู้ทำหน้าที่หัวหน้าชุด (มีจำนวนคน)

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นหัวหน้าชุด

ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอยกเว้น (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน)

๖.๓ ผู้ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าชุด (มีจำนวนคน)

☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุด

๖.๔ ผู้ทำหน้าที่พนักงานขับรถ (มีจำนวนคน)

☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด / ไม่มีใบอนุญาตขับขี่หรือขาดต่ออายุ

☐ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถหรือผ่านเป็นบางคน

๗. อุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่จำเป็น (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเอง และความปลอดภัย

๘. พาหนะ

☐ ไม่มีพาหนะหรืออยู่ระหว่างการจัดหาให้มี

☐ ทุกคัน/บางคันยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพด. / ไม่ได้รับอนุญาต

๙. ระบบสื่อสารและสารสนเทศ (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

☐ ไม่มีวิทยุสื่อสาร

☐ มีวิทยุสื่อสารแต่ไม่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิทยุคมนาคม และระเบียบ สพด.

☐ ไม่มีระบบอินเทอร์เน็ต

☐ ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่

๑๐. อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

☐ ยังไม่มีสถานที่ตั้งที่ชัดเจน หรืออาคารที่ตั้งไม่มั่นคงแข็งแรงพอ

☐ ไม่มีที่จอดรถหรือมีไม่เพียงพอกับจำนวนรถ

๑๑. เหตุผลและความจำเป็นอื่น (ถ้ามี)

(โปรดระบุ.....

.....

ทั้งนี้ โดยขอยกเว้นลักษณะบางประการทั้งหมด.....ข้อ และได้แนบหลักฐานแบบฟอร์มแสดงลักษณะและ
ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วย ฯ (SAR) เอกสารที่เกี่ยวข้อง และแบบคำขอยกเว้นมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการในสังกัดที่ข้าพเจ้ารับผิดชอบ และเป็นความ
จริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ

สำหรับเลขานุการคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์

ได้รายงานข้อมูลการขอยกเว้นลักษณะบางประการ
ของหน่วยปฏิบัติการนี้ต่อ**นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กทม.** แล้ว เห็นควรเสนอ
ต่อคณะอนุกรรมการฉุกเฉินการแพทย์ (ผ่านเลขาธิการ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) เพื่อพิจารณา ต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง