

เอกสาร ๕.๑

แนวทางคณะกรรมการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรอง
คุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด

๕.๑.๑ การตรวจจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของ
คณะกรรมการระดับจังหวัด มี ๔ ขั้นตอน รวมระยะเวลา ๒ สัปดาห์ (๑๐ วันทำการ) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑-๒ สถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกรอกเอกสาร
ยื่นเอกสารแบบขอจัดตั้งและตรวจสอบเอกสารที่ยื่นขอจัดตั้ง (สถานพยาบาลยาเสพติดประเภท
สถานพยาบาลของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ กรอกคำขอจัดตั้งเอกสารหมายเลข ๑ สถานพยาบาลยาเสพติด ประเภท
สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรอกคำขอจัดตั้งตามเอกสารหมายเลข ๒ และสถานฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกคำขอจัดตั้งตามเอกสารหมายเลข ๓) ในต่างจังหวัดให้ยื่นต่อนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี (สยช.) **การยื่นและตรวจสอบเอกสาร (๑ วันทำการ) ถ้าเอกสารครบจึงรับเรื่อง
และเริ่มนับวันดำเนินการ** ดังนี้

๑. สถานพยาบาลยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ

ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาล กรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
(เอกสารหมายเลข ๑) พร้อมแนบเอกสาร

๑. เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก คือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้แก่

๑.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยา
เสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและ
ฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๒. เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ
ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่

๒.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาล
เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เฒ่าและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล
๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือสำเนาใบอนุญาต
ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

๓. เอกสารผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ถ้ามี)

๓.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรบุคลากร
สถานพยาบาลยาเสพติดตามอนุกรรมการกำหนด

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)

๔. แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

เอกสารต้องถูกต้อง ครบถ้วนจึงจะรับไว้สู่ขั้นตอนต่อไป

๒. สถานพยาบาลยาเสพติด ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
(เอกสารหมายเลข ๒) พร้อมแนบเอกสาร

.....

๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล
๓. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS
๔. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
๕. สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่มิได้เป็นเจ้าของสถานที่
๖. เอกสารผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
 - ๖.๑ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)
 - ๖.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
๗. เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก
 - ๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้แนบเอกสาร
 - ๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ
 - ๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้แนบเอกสาร
 - ๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ
 - ๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
๘. เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา
 - ๘.๑ แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
 - ๘.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษา

เอกสารต้องถูกต้อง ครบถ้วนจึงจะรับไว้สู่ขั้นตอนต่อไป

๓. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้ที่ประสงค์จะขอเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกเอกสารจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เอกสารหมายเลข ๓) พร้อมแนบเอกสาร

 ๑. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นขอจัดตั้ง
 ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอจัดตั้ง
 ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
 ๔. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS
 ๕. ใบรับรองแพทย์ผู้ยื่นขอจัดตั้ง

.....

๖. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
๗. สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่มิได้เป็นเจ้าของสถานที่
๘. เอกสารผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่
 - ๘.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๘.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๘.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๘.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน
๙. เอกสารที่ปรึกษาสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่
 - ๙.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๙.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๙.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๙.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ปี
๑๐. เอกสารของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระดับวิชาชีพ เช่น ด้านการแพทย์ หรือด้านการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม (อย่างน้อย ๑ คน : ผู้รับบริการ ๑๐-๑๕ คน) ได้แก่
 - ๑๐.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๑๐.๒ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๑๐.๓ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ (ของผู้ประกอบวิชาชีพ)
๑๑. เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา
 - ๑๑.๑ แผนหรือคู่มือการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟู ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง
 - ๑๑.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นอย่างเหมาะสม
๑๒. รายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เอกสารต้องถูกต้อง ครบถ้วนจึงจะรับไว้สู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ ๓-๔ คณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและสรุปรายงานเอกสารผลการตรวจสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่ง สบยช. ในฐานะเลขาคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด

.....

ติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ไม่นับรวมระยะเวลาระหว่างที่รอผู้ประกอบการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ)
จำนวน ๒ สัปดาห์ (๙ วันทำการ) ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานฯ จัดทีมลงตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เช่น ทีมเลขานุการ (บุคลากรสาธารณสุข, ผู้แทน สปยช./รพธ.ภูมิภาค, มหาดไทย) ป.ป.ส. และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น)
๒. สรุปรายงานเอกสารผลการตรวจสอบสถานพยาบาลฯ/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ตามเอกสารหมายเลข ๔ และ ๕ ส่ง สปยช. ในฐานะเลขาคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

(เอกสารหมายเลข ๑)
คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภท สถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้)

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....

๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

หน่วยงานอื่นของรัฐชื่อ

สังกัด กระทรวง

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

อีเมล.....

๓. รูปแบบการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน

มีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

๔. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด

ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง

ตึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน..... หลัง

หอพักผู้ป่วยหรือนอนอน จำนวน หลัง /จุได้ คน

อาคารฝึกอาชีพและอาชีพบำบัดจำนวน..... หลัง

ที่ดินใช้ฝึกอาชีพทางเกษตรกรรม จำนวน..... ไร่

หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกันจำนวน..... หลัง

รั้วกันบริเวณ ไม่มี

มี ระบุ.....

๕. บุคลากรที่รับผิดชอบ(หลัก)ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๕.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา.....จำนวน..... คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟู

ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด

จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ

ไม่เคยอบรม

เคยอบรม ระบุหลักสูตร.....

.....

๕.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชราและสาร
เสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด ๑๐ วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาล
เฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการ
ตลอดเวลาเปิดบริการ)

ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๕.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ระบุ.....จำนวน..... คน
(ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลตามที่อนุกรรมการกำหนด)

ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๖. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์ จำนวน..... คน

เภสัชกร จำนวน..... คน

เจ้าพนักงานเภสัชกร จำนวน..... คน

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน..... คน

พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน..... คน

นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน..... คน

นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน..... คน

นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... คน

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน..... คน

นักอาชีวบำบัด จำนวน.....คน

นักกิจกรรมบำบัด จำนวน..... คน

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน..... คน

อื่นๆ (ระบุ.....) จำนวน..... คน

รวม คน

๗. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับ
การบำบัดรักษา

() ยาแผนปัจจุบัน () ยาแผนโบราณและสมุนไพร () วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์

() อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระบุ.....

๘. งบประมาณและเงินสนับสนุน

() ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

() ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา)

() คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

.....

๙. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

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

เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

๑. ผู้รับผิดชอบหลัก (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และ/หรือ วิชาชีพอื่นๆ)

๑.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวนคน ให้แนบเอกสาร

๑.๑.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด สำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๑.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนคน ให้แนบเอกสาร

๑.๒.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เฒ่าและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือ หลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๒.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

๑.๓ เอกสารผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ถ้ามี)

๑.๓.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรบุคลากร สถานพยาบาลยาเสพติดตามอนุกรรมการกำหนด

๑.๓.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)

๒. แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๓. แผนที่ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

ระบุผู้ประสานงานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ชื่อ.....นามสกุล.....
เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้สะดวก).....

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งและดำเนินการต่อไป

.....

(เอกสารหมายเลข ๒)
คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่ ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล.....
๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล.....
๓. โดยขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล ภายใต้การดำเนินการ
 ส่วนบุคคล
 นิติบุคคล
๔. ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลคือ
ชื่อ-สกุล.....
๕. รูปแบบการบำบัดรักษา
 ผู้ป่วยนอก
 ผู้ป่วยใน
 ดำเนินการโดยมีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดน ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ชื่อเภสัชกร.....
๖. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการ
 ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง
 ตึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน..... หลัง
 ห้องตรวจหรือห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน จำนวน..... ห้อง

.....

- หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน หลัง /จุได้ คน
ห้องเดี่ยว จำนวน.....ห้อง
ห้องคู่ จำนวน.....ห้อง
ห้องรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน
หอพักผู้ป่วย มีห้องน้ำและห้องสุขา จำนวน ห้อง
- หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน.....หลัง
รั้วกันบริเวณ
 ไม่มี
 มี ระบุ.....

๗. บุคลากรหลักที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน.....คน

๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา.....จำนวน..... คน
(ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

- ไม่เคยอบรม
- เคยอบรม ระบุหลักสูตร.....

๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ช้ำยาและสาร
เสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด ๑๐ วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาล
เฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการ
ตลอดเวลาเปิดบริการ)

- ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน
- เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๗.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ระบุ.....จำนวน..... คน
(ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลตามที่อนุกรรมการกำหนด)

- ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน
- เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๘. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์	จำนวน.....	คน
เภสัชกร	จำนวน.....	คน
เจ้าพนักงานเภสัชกร	จำนวน.....	คน
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน.....	คน
พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล	จำนวน.....	คน
นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก	จำนวน.....	คน
นักสังคมสงเคราะห์	จำนวน.....	คน

นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน..... คน
นักกิจกรรมบำบัด จำนวน.....คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน..... คน
อื่นๆ (ระบุ.....) จำนวน..... คน
รวม คน

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับ
การบำบัดรักษา

- ยาแผนปัจจุบัน ระบุ.....
- ยาแผนโบราณและสมุนไพร ระบุ.....
- วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ /อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาระบุ.....

๑๐. งบประมาณและเงินสนับสนุน

- คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา
- ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
- ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา)

๑๑. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

๑๒. สถานพยาบาลที่ประสานรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรักษา จำนวน.....แห่ง ระบุ

- ๑.....
- ๒.....

เอกสารหลักฐานต่างๆที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล

๑. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด (เอกสาร
หมายเลข ๒) พร้อมแนบเอกสาร

- ๑.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)
- ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล
- ๑.๓ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

พร้อมพิกัดGPS

- ๑.๔ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
- ๑.๕ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

.....

๑.๖ เอกสารผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๖.๑ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)

๑.๖.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗ เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก

๑.๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๘ เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา

๑.๘.๑ แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๑.๘.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษา
ยังสถานพยาบาลอื่นอย่างเหมาะสม

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ

หมายเหตุ

การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้ง และดำเนินการต่อไป

(เอกสารหมายเลข ๓)

คำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือนิติบุคคล)
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
อีเมล.....
 ๒. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดชื่อ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
อีเมล.....
 ๓. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การดำเนินการ
 ๓.๑ ภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ สังกัด..... กระทรวง
 - ๓.๒ ภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล
 เอกชน(ส่วนบุคคล) เอกชน(นิติบุคคล)
 องค์กรการกุศล(ส่วนบุคคล) องค์กรการกุศล(นิติบุคคล)
๔. ที่ปรึกษาชื่อ-สกุล..... ผู้ประกอบวิชาชีพ.....
(ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)
๔.๑ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (อย่างน้อย ๑ ปี) ระบุ.....
๔.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....
๕. ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ชื่อ-สกุล..... ผู้ประกอบวิชาชีพ
..... (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนัก
สังคมสงเคราะห์)
๕.๑ ประสบการณ์ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน
ระบุ
- ๕.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....

.....

๖. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๖.๑ ผู้ป่วยนอก

๖.๒ ผู้ป่วยใน

๑) จำนวนผู้ป่วยไม่ถึง ๕๐ คน ต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ระบุ.....

๒) จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ ๕๐ คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อย ๑ คน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมในการให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน วันละอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง จำนวน.....คน

ชื่อ-สกุล

ชื่อ-สกุล.....

๗. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับวิชาชีพทางด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือการสาธารณสุขหรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการกำหนด (ไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับที่ปรึกษาหรือผู้ดำเนินการ)

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์	จำนวน.....	คน
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน.....	คน
พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล	จำนวน.....	คน
นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก	จำนวน.....	คน
นักสังคมสงเคราะห์	จำนวน.....	คน
นักอาชีวบำบัด	จำนวน.....	คน
นักกิจกรรมบำบัด	จำนวน.....	คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	จำนวน.....	คน
อื่นๆ ระบุ.....	จำนวน.....	คน
	รวม	คน

การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพตามอนุกรรมการกำหนด จำนวน คน

.....

๘. ลักษณะของสถานที่ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๘.๑ จำนวนอาคารต่างๆหลัง

- ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง
- ตึกหรืออาคารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกจำนวน..... หลัง
- หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน..... หลัง
- หอพักผู้ป่วยหรือนอนอน จำนวน หลัง/จุได้ คน
ห้องพักเดี่ยว จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม มี ไม่มี ระบุที่ใช้.....
ห้องพักร่วม จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม มี ไม่มีระบุที่ใช้.....
ห้องพักรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน มีห้องน้ำและห้องส้วม จำนวน..... ห้อง
- อาคารฝึกอาชีพและอาชีพบำบัดจำนวน..... หลัง
- อื่นๆ.....

๘.๒ สถานที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู

- ๑) ห้อง/สถานที่ให้คำปรึกษา จำนวน.....ห้อง
- ๒) สถานที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกัน
 มี ไม่มี ระบุ.....
- ๓) สถานที่รับประทานอาหาร
 มี ไม่มี ระบุ.....
- ๔) การจัดบริการห้องส้วมในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ
๔.๑) จำนวนห้องส้วม จำนวน.....ห้อง/ผู้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน.....คน
๔.๒) ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ/ผู้สูงอายุ จำนวน.....ห้อง
- ๕) สถานที่ออกกำลังกาย ระบุ.....
- ๖) อื่นๆ ระบุ.....

๘.๓ ระบบรักษาความปลอดภัย

- ๑) เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของสถานฟื้นฟูฯตลอด ๒๔ ชั่วโมง
 มี จำนวน..... คน ไม่มี ระบุการดำเนินการ.....
- ๒) ระบบป้องกันอัคคีภัย
 สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ ติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร
 มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมซ้อมแผนอัคคีภัย
 อื่นๆ ระบุ.....
- ๓) ติดกล้องวงจรปิด
 มี จำนวน.....จุด ไม่มี
- ๔) รั้วกั้นบริเวณ
 มี ไม่มีระบุ.....
- ๕) อื่นๆ(ถ้ามี) ระบุ.....

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เหมาะสม และเพียงพอในการให้ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลพร้อมใช้งาน(โปรดระบุ)

.....
.....

๑๐. มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (โปรดระบุคร่าวๆและ แนบแผนหรือคู่มือการบำบัดฟื้นฟู)

.....
.....

๑๑. ความพร้อมในการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสม

มี ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....

ไม่มีแนวทางปรับปรุง.....

๑๒. จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดและการบันทึก

มี ระบุ.....

ไม่มี แนวทางปรับปรุง.....

๑๓. งบประมาณและเงินสนับสนุน

ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา)

คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

๑๔. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

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

๑๕. หน่วยงานสนับสนุน

มี ได้แก่

ไม่มี

เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ผู้ขอเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกเอกสารจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เอกสารหมายเลข ๓)

๑.๑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นขอจัดตั้ง

๑.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอจัดตั้ง

๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑.๔ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณ

ใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS

.....

- ๑.๕ ใบรับรองแพทย์ผู้ยื่นขอจัดตั้ง
- ๑.๖ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
- ๑.๗ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่มิได้เป็นเจ้าของสถานที่
- ๑.๘ เอกสารผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่
 - ๑.๘.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๑.๘.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๑.๘.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๑.๘.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน
 - ๑.๘.๕ เอกสารที่ปรึกษาสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่
 - ๑.๘.๕.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๑.๘.๕.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๑.๘.๕.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๑.๘.๕.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ปี
 - ๑.๑๐ เอกสารของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระดับวิชาชีพ เช่น ด้านการแพทย์ หรือด้านการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม (อย่างน้อย ๑ คน : ผู้รับบริการ ๑๐-๑๕ คน) ได้แก่
 - ๑.๑๐.๑ สำเนาบัตรประชาชน
 - ๑.๑๐.๒ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
 - ๑.๑๐.๓ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ (ของผู้ประกอบวิชาชีพ)
 - ๑.๑๑ เอกสารแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
 - ๑.๑๑.๑ แผนหรือคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟู ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่
 - ๑.๑๑.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นอย่างเหมาะสม
 - ๑.๑๒ รายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: การยื่นคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อ สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้งและ
ดำเนินการต่อไป

ตามเอกสารหมายเลข ๔

แบบสรุปรายงานการตรวจสถานพยาบาลยาเสพติด

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อสถานพยาบาลยาเสพติด.....

รายนามผู้ร่วมตรวจสถานพยาบาลยาเสพติด

๑. ชื่อ-สกุลหน่วยงาน.....

๒.

๓.

๔.

๕.

๖.

....

๑. ชื่อที่ขอจัดตั้ง.....

สถานที่ตั้ง.....

tel:....., Email.....

๒. ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔

สถานพยาบาลของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจรัฐ

สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลยาเสพติด ภายใต้การดำเนินงานของ.....(รัฐ/เอกชน)

ส่วนบุคคล

นิติบุคคล

๓. รูปแบบบริการ

ผู้ป่วยนอก เวลาให้บริการ ตั้งแต่เวลา.....ถึงเวลา.....

ผู้ป่วยใน จำนวน เตียง (เพศชาย.....เตียง, หญิง.....เตียง)

๔. ผู้ขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด

ที่อยู่

tel:.....Email.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสถานพยาบาลยาเสพติด

คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์ (สำเนาเอกสารใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ
สถานพยาบาล (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)

ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

.....

๕. ผู้ดำเนินการ

ชื่อ-สกุล.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์ (สำเนาเอกสารใบอนุญาตให้ดำเนินการ
สถานพยาบาล (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)) และปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อน
 ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

๖. บุคลากรที่รับผิดชอบหลัก

๖.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ระบุ ชื่อ-สกุล.....

.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์ (มีหลักฐานใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
และผ่านการอบรมหลักสูตรตามคณะกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย๑คน
เพื่อให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ)
 ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

๖.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ระบุ ชื่อ-สกุล.....

.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์ (มีหลักฐานใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ และผ่าน
การอบรมหลักสูตรตามคณะกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย 1คน เป็น
ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ)
 ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

๖.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ถ้ามี)

ระบุ ชื่อ-สกุล.....

.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์ (ผ่านการอบรมหลักสูตรตามคณะกรรมการกำหนด)
 ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

.....

๗. มีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ แบ่งเขตให้บริการอย่างชัดเจน และมีห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน ความเหมาะสมของสถานที่ตั้ง

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ลักษณะทำเลที่ตั้ง การเข้าถึง สะดวก และปลอดภัย
๒. สถานที่ มีจำนวน อาคาร ประกอบด้วยอาคาร มีการแบ่งพื้นที่ให้บริการ
๓. การป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบป้องกันเพลิงไหม้ ภาวะฉุกเฉินต่างๆ การจัด สิ่งแวดล้อมเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น
.....
.....
๔. ระบบสุขาภิบาล ระบบระบายอากาศ การกำจัดขยะมูลฝอย ห้องน้ำ/ห้องส้วม จำนวนเพียงพอต่อ การใช้งาน (จำนวน ๑ : ๑๐ - ๑๕)

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๘. เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์และวัสดุสิ่งอำนวยความสะดวก

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาล

๑. มียาและเวชภัณฑ์ ชุด Emergency Set รวมทั้ง ยา Antidose เช่น Naloxzone เป็นต้น
๒. อุปกรณ์อื่นๆ เครื่องมืออำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมต่อการใช้งาน

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๙. มีแผนการบำบัดรักษาหรือคู่มือในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานพยาบาลยาเสพติด

๑. คู่มือการบำบัดรักษา (ตั้งแต่การประเมิน แนวทางการบำบัดรักษา และการติดตามประเมินผล)
๒. มีระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการบำบัดรักษา
 - แผนจัดเตรียมเวชระเบียนประจำตัวผู้ป่วยรายบุคคล
 - ระบบการบันทึกข้อมูล (ตั้งแต่แรกรับ การประเมินผู้ป่วยการทางร่างกาย จิตใจ ความรุนแรงการติดยาเสพติด การบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือและการประเมินผลผลการบำบัดรักษา)
๓. แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๑๐. สามารถให้การรักษาโรคแทรกซ้อนอันเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาได้และในกรณีจำเป็นมีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ.....
.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสถานพยาบาลยาเสพติด

สรุปข้อเสนอแนะในการปรับปรุง .

.....
.....

การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะของสถานพยาบาลยาเสพติด (สรุป)

.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าทีมคณะกรรมการจัดตั้งสถานพยาบาลฯ/สถานฟื้นฟูฯ

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารหมายเลข ๕

สรุปรายงานการตรวจจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.....

รายนามผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ชื่อ-สกุลหน่วยงาน.....

๒.

๓.

๔.

๕.

๖.

.....

๑. ชื่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขอจัดตั้ง.....

สถานที่ตั้ง เลขที่.....

tel:....., Email.....

๒. ประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การดำเนินงาน

ส่วนบุคคล

นิติบุคคล

๓. รูปแบบบริการ

ผู้ป่วยนอก เวลาให้บริการ ตั้งแต่เวลา.....ถึงเวลา.....

ผู้ป่วยใน จำนวน เตียง (เพศชาย.....เตียง หญิง.....เตียง)

๔. ผู้ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่

tel:....., mail.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

คุณสมบัติ ครบถ้วนตรงตามหลักเกณฑ์

มีตรงตามหลักเกณฑ์

.....

๕. ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ชื่อ-สกุล.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครอบคลุมตรงตามหลักเกณฑ์ และปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อน
 ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

๖. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- คุณสมบัติ ครอบคลุมตรงตามหลักเกณฑ์
 ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ.....

๗. อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ แบ่งเขตให้บริการอย่างชัดเจน และมีห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนความเหมาะสมของสถานที่ตั้ง

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ลักษณะทำเลที่ตั้ง การเข้าถึง สะดวก และปลอดภัย
๒. สถานที่ มีจำนวน อาคาร ประกอบด้วยอาคาร มีการแบ่งพื้นที่ให้บริการ ชัดเจน (เช่น มีพื้นที่ส่วนกลาง แก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานสำหรับประกอบกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับสนทนากาการ ห้องให้คำปรึกษา ห้องรับประทานอาหารที่ถูกต้องลักษณะ)
.....
๓. สถานที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย
๔. การป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบป้องกันเพลิงไหม้ การจัดสิ่งแวดล้อมเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น
๕. ระบบสุขาภิบาล ระบบระบายอากาศ การกำจัดขยะมูลฝอย ห้องน้ำ/ห้องส้วม จำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน (จำนวน ๑ : ๑๐ - ๑๕)
๖. รายงานการทำประชาคมในพื้นที่ สรุปว่า.....

ข้อเสนอแนะ.....

๘. เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์และวัสดุสิ่งอำนวยความสะดวก

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ชุดปฐมพยาบาลและยาสามัญประจำบ้าน
๒. เวชภัณฑ์ ได้แก่ เครื่องวัดความดัน พรอทวัดไข้ เครื่องชั่งน้ำหนัก ชุดอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เป็นต้น
๓. อุปกรณ์อื่นๆ เครื่องมืออำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่น อุปกรณ์ใช้ในการทำกิจกรรมบำบัด อุปกรณ์การศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๙. มีแผนหรือคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟูฯ
๒. มีระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการบำบัดรักษา
 - แผนจัดเตรียมเวชระเบียนประจำตัวผู้ป่วยรายบุคคล
 - ระบบการบันทึกข้อมูล (ตั้งแต่แรกรับ การประเมินผู้ป่วยการทางร่างกาย จิตใจ ความรุนแรงการติดยาเสพติด การบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือและการประเมินผลการบำบัดรักษา)
๓. แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะฉุกเฉิน การหลบหนี การทะเลาะวิวาท เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๑๐. มีการจัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำผู้ป่วยยาเสพติด มีระบบการบันทึกการประเมินสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟูฯ การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูฯและการติดตามหลังบำบัดฯ

ข้อเสนอแนะ.....
.....

๑๑. สามารถให้การรักษาโรคแทรกซ้อนอันเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาได้และในกรณีจำเป็นมีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ.....
.....

ข้อคิดเห็นของผู้ร่วมตรวจสอบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
สรุปข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

.....
.....

การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าทีมคณะตรวจจัดตั้งสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูฯ

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ที่

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งรายงานการตรวจจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปรายงานการตรวจ.....

ตามคำสั่งคณะกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ ๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด เพื่อให้หน่วยงานในพื้นที่ระดับจังหวัด นั้น

ในฐานะคณะกรรมการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ได้มอบหมายคณะกรรมการดำเนินการตรวจสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

.....
จึงขอส่งขอส่งรายงานการตรวจจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ มอบหมายให้.....ตำแหน่ง หมายเลขโทรศัพท์เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ประธานคณะกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง
สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

เบอร์โทร โทรสาร ของหน่วยงาน

.....