

## 3. ขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ชนิดของขยะ	วิธีการปฏิบัติ	การกำจัด
<p>8. สายยางพร้อมถุงท่อที่ออกจากผู้ป่วย</p> <p>8.1 สาย Foley's catheter Cystostomy และ Nephostomy พร้อม Bag, tube drain ต่างๆ</p> <p>8.2 chest drain</p>	<p>- พนักงานสวมอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงมือยาง หน้า ผ้าปิดปาก และจมูก</p> <p>ผ้าขี้สาเกตีเปียก และรองเท้าน้ำที่ก่อนเท content (ปัสสาวะ, สารเหลวต่างๆ) ลงใน Septic tank หรือชักโครกให้หมด ราคาน้ำให้สะอาด</p> <p>- ทั้งสายพร้อมถุงในขยะติดเชื้อสีแดง</p> <p>- พนักงานสวมอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงมือยาง หน้า ผ้าปิดปากและจมูก</p> <p>ผ้าขี้สาเกตีเปียก และรองเท้าน้ำที่ก่อนเท content ลงในชักโครกให้หมด ราคาน้ำให้สะอาด</p>	<p>ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล</p> <p>เผา (บริษัทเอกชนดำเนินการ)</p> <p>ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล</p>

## 3. ขยะติดเชื้อ (ต่อ)

ชนิดของขยะ	วิธีการปฏิบัติ	การกำจัด
8.3 ท่อET tube, Tracheostomy tube (ชนิด Disposable), cut down, NG tube, สายSuction	ทิ้งสายในขยะติดเชื้อสีแดง  ขวดบรรจุ content ส่งจ่าย กลาง  ทิ้งในขยะติดเชื้อสีแดง	เผา (บริษัทเอกชนดำเนินการ)  Re-sterile  เผา (บริษัทเอกชนดำเนินการ)
9.แผ่นรองซับ/ผ้าอนามัย/ถุงยางอนามัย ในหอผู้ป่วย	ทิ้งในถุงขยะติดเชื้อสีแดง	เผา (บริษัทเอกชนดำเนินการ)

## 4. ขยะเคมีอันตราย

ชนิดของขยะ	วิธีการปฏิบัติ	การกำจัด
1. ขยะจากเคมีบำบัด, ขยะจากยาอันตราย ได้แก่ ขวดยาเคมีบำบัด พร้อม Set, กระบอกฉีดยาพลาสติก, ของสำหรับบรรจุยาและถุงมือที่ใช้ในการให้ยาเคมีบำบัด ขวดยาAntibiotic 2. ถ่านไฟฉาย, หลอดไฟ, กระจก, สเปรย์ แบตเตอรี่ 3.ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด ผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรค	- ใส่ในถุงสีเหลือง (ใส่ ปลอกเข็มคืนด้วยเทคนิคที่ ถูกต้องเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ)  เก็บใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิด  เก็บใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิด	เผา (บริษัทเอกชนดำเนินการ)    นำไปฝังกลบ  ส่งคืนบริษัท

## 5.1 การเก็บขนย้ายขยะ


- 5.1.1 พนักงานขนย้ายขยะ สวมอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้าปิดปาก และจุก หมวกคลุมผม ผ้าขี้ผึ้ง รองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน
- 5.1.2 พนักงานขนย้ายขยะ ในจุดที่มีภาชนะรองรับตั้งอยู่ตามที่กำหนด
- 5.1.3 ตรวจสอบการรั่ว ซึม แดกของถุงขยะก่อนขนย้าย ถ้าพบให้ใส่ถุงสีตามประเภทขะนั้นๆ ซ้อน แล้วมัดปากถุง
- 5.1.4 ถ้ายขยะติดเชื้อ หรือขยะสารเคมีหล่น ให้พนักงานใช้คีมเหล็กหรือหยิบด้วยมือที่สวมถุงมือยางหนา เก็บขยะใส่ในถุงขยะติดเชื้อ และทำความสะอาดพื้นโดยเช็ดคราบสกปรกออกให้มากที่สุดด้วยกระดาษหรือผ้า ทั้งกระดาษหรือผ้าในขยะติดเชื้อ หรือขยะเคมี แล้วทำความสะอาดด้วยน้ำ และผงซักฟอก เช็ดตามด้วยผ้าสะอาด
- 5.1.5 เวลาเก็บขนย้ายขยะ
  - พนักงานขนย้ายขยะภายในโรงพยาบาล
    - ขยะทั่วไป/นำส่งที่โรงพักขยะ อบต.นำไปกำจัดอาทิตย์ละ 2 ครั้ง.
    - ขยะติดเชื้อ/เก็บเวลา 7.00 น.และ 14.00น. โดยพนักงานทำความสะอาด นำขยะไปพักที่โรงพักขยะติดเชื้อ เพื่อรอให้บริษัทนำไปกำจัดสัปดาห์ละครั้ง
    - ขยะ Recycle นำไปรวมขายที่โรงพักขยะ

6. เทคนิคการขนย้ายให้มัดปากถุงขยะด้วยเชือกให้แน่น เมื่อปริมาณขยะไม่เกินสามส่วนสี่ของภาชนะบรรจุและตรวจสอบการรั่วซึมนำไปวางไว้ในภาชนะรองรับในบริเวณพักขยะรอการขนย้ายที่กำหนดไว้

- 6.3.1 ขยะทั่วไป, ขยะติดเชื้อ (ไม่มีคม), ขยะอันตราย การขนย้ายให้จับถุงบริเวณที่มัด ยกให้จับถุงบริเวณที่มัด ยกให้ห่างจากตัวพอควร ไม่อู้ม ลากหรือโยนถุงขยะ ใ้รถขนย้ายขยะ

**\*\* ถุงขยะในห้องน้ำผู้ป่วย ใช้ถุงสีแดง \*\***

**\*\* ถุงขยะในห้องน้ำเจ้าหน้าที่ ใช้ถุงสีดำ \***

	<b>เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)</b> <b>เรื่อง : การจัดการน้ำเสีย</b>	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ :
	วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : การจัดการน้ำเสีย

หมายเลขเอกสาร : EP-8.1/3

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by  วันที่ (Date).....	ผู้ทบทวน Reviewed by  วันที่ (Date).....	ผู้อนุมัติ Approved by  วันที่ (Date).....
---	--	--



#### 4.1 การรวบรวมน้ำเสีย

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการ หรือจ้างบริษัทเอกชน ตรวจสอบและดูแลรักษาที่รวบรวมน้ำเสียให้สามารถรวบรวมน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่างๆ

#### 4.2 การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย

4.2.1 ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ให้ดำเนินการตรวจสอบติดตาม บำรุงรักษาอุปกรณ์ของระบบบำบัดน้ำเสีย ทุก 1 เดือน โดยรายงานในการประชุมประจำเดือนทุกครั้ง

- หากพบว่าระบบบำบัดน้ำเสียไม่เป็นไปตามสภาวะการทำงานตามปกติ เจ้าหน้าที่ดูแล เครื่องจักรและระบบไฟฟ้า ทำบันทึกรายงานให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมทราบ และให้ทำการหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาโดยทันที

#### 4.3 การติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสีย

พารามิเตอร์	หน่วย	ความถี่
พีเอช	-	ทุกวัน
บีโอดี	มก/ล.	ทุกเดือน
สารแขวนลอย	มก/ล.	ทุกเดือน
ไนโตรเจนในรูปที่เคเอ็น	มก/ล.	ทุกเดือน
น้ำมันและไขมัน	มก/ล.	ทุกเดือน
ซัลไฟด์	มก/ล.	ทุกเดือน


4.3.2 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย เก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจวัดคุณภาพน้ำ โดยดำเนินการตามวิธีการปฏิบัติงานการเก็บตัวอย่างน้ำเสีย (WI-Waste Water-01) และบันทึกผลการตรวจวัดค่าคุณภาพน้ำตามความถี่ที่กำหนดไว้ ลงในแบบบันทึกการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย (F-EP-8/6)

4.3.5 จากนั้นจัดทำรายงานผลการประเมินความสอดคล้องการปฏิบัติงานระบบบำบัดน้ำเสีย

#### 4.4 การบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบบำบัดน้ำเสีย

4.4.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ต้องตรวจสอบระบบการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ในทุกพารามิเตอร์ โดยปฏิบัติการทุก 2 อาทิตย์ จากนั้นรายงานในการประชุมประจำเดือน

4.4.2 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย จัดทำแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบบำบัดน้ำเสีย

	<b>เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)</b> <b>เรื่อง : การเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน</b>	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ :
	วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : การเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน

หมายเลขเอกสาร : EP-8.2

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by	ผู้ทบทวน Reviewed by	ผู้อนุมัติ Approved by
วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....





## 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน มีความเข้าใจในวิธีการ ขั้นตอนที่ต้องใช้ในการปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอันเกิดจากเหตุฉุกเฉิน

1.2 เพื่อให้มั่นใจว่ามีการทบทวนและปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานดังกล่าว และมีการฝึกซ้อมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของขั้นตอนการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ

## 2. ขอบข่าย

ครอบคลุม สำหรับในการเตรียมความพร้อมเหตุภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ที่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

## 3. คำนิยาม

ตัวแทนฝ่ายบริหารการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management Representative: EMR) หมายถึง ตัวแทนของผู้บริหารระดับสูงของ โรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่จัดการระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามข้อกำหนด ISO 14001:2015

เหตุฉุกเฉิน หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต การบาดเจ็บและความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งเหตุการณ์นั้นรวมถึงเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้วย

## 4. ผู้รับผิดชอบ


หน้าที่	ผู้รับผิดชอบ	ความถี่
-ตั้งแต่งคณะทำงานควบคุมแต่ ละพื้นที่ของโรงพยาบาลและ มอบหมายงาน	EMR /คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม	-
-กำหนดแผนฉุกเฉินประจำปี และจัดทำแผนการฝึกซ้อม รองรับเหตุฉุกเฉิน	EMR /คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม	1 ปี/ครั้ง
-จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่	EMR	3 เดือน/ครั้ง
-สรุปรายงานเหตุฉุกเฉินพร้อม ทหาหรือแนวทางแก้ไขครั้งต่อไป	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม	ทุกครั้งที่เกิดเหตุฉุกเฉิน

## 5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

### 5.1 ขั้นตอนการจัดทำแผนการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ดังนี้

5.1.1 EMR/คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม จัดทำแผนการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้บริหารพิจารณา/อนุมัติ ซึ่งในรายละเอียดของแผนการฯ ควรครอบคลุมถึง

- 1) การมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน
- 2) จัดหาให้มี ทรัพยากร และแผนปฏิบัติการฉุกเฉินที่เพียงพอ ในการรองรับต่อสถานการณ์ฉุกเฉินในรูปแบบต่างๆ
- 3) จัดทำช่องทางหมายเลขโทรศัพท์เหตุด่วนในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน โดยแจ้งสถานีตำรวจดับเพลิงแจ้งผู้บริหาร โรงพยาบาล
- 4) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมจัดทำวิธีการปฏิบัติงานเพื่อใช้ปฏิบัติในการเตรียมพร้อมรองรับเหตุฉุกเฉิน โดยปฏิบัติตาม (WI-FIRE) เรื่องแผนฉุกเฉินกรณีเกิดเหตุไฟไหม้ และ(WI-CHECK) เรื่อง การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ฉุกเฉิน โดยผ่านการอนุมัติจากผู้บริหาร โรงพยาบาล จากนั้นให้เลขาคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแจกจ่ายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยบันทึก (F-EP-8/7)
- 5) กำหนดแผนการฝึกอบรม (F-EP-7/5)และการซ้อมดับเพลิงตามความถี่ที่กฎหมายกำหนด หรือถ้าไม่ได้กำหนดให้ทำตามความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล
- 6) หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน ให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมตรวจสอบความเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อฟื้นฟูสภาพแวดล้อมที่ได้รับ ความเสียหายและลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเขียนรายงานการเกิดเหตุฉุกเฉินโดยบันทึกลงใน (F-EP-8/8)

	<b>เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)</b> <b>เรื่อง : การติดตามตรวจสอบ การตรวจวัด และการประเมิน</b> <b>ความสอดคล้อง</b>	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ : 224 / 305
	วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : การติดตามตรวจสอบ การตรวจวัด และการประเมินความสอดคล้อง

หมายเลขเอกสาร : EP-9.1.1

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by	ผู้ทบทวน Reviewed by	ผู้อนุมัติ Approved by
วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....



## 1. วัตถุประสงค์

มาตรฐานการปฏิบัติงานนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจวัด และตรวจติดตาม เพื่อให้เชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม สอดคล้อง เป้าหมายที่กำหนด และกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆ

## 2. ขอบข่าย

ใช้สำหรับตรวจสอบ ติดตามผลการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม

## 3. คำนิยาม

การติดตาม (Monitoring) หมายถึง รายงาน ผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน และแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างเป็นระบบ โดยบุคคลภายใน หรือบุคคลภายนอก

การตรวจวัด (Measurement) หมายถึง การวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผลการปฏิบัติงาน ลักษณะสำคัญของ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปประเมินผลและใช้ในการตัดสินใจ

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

4.1 ตัวแทนหน่วยงานรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ประกอบการตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินผล ลงในแบบฟอร์มแผนการตรวจสอบด้านสิ่งแวดล้อม (F-EP-9/1)

- ผลของการปฏิบัติตามกฎหมายหรือข้อกำหนด
- ผลของการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
- ผลของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
- ผลของการควบคุมปัญหาสิ่งแวดล้อม
- ประสิทธิภาพของเกณฑ์การประเมินปัญหาสิ่งแวดล้อม
- ประสิทธิภาพของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงระบบฯ
- ประสิทธิภาพของเกณฑ์การประเมินผู้ขายและผู้รับจ้างช่วง
- ประสิทธิภาพของช่องทางการสื่อสาร
- ประสิทธิภาพของการประเมินผลความสามารถของพนักงาน
- การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก

หมายเหตุ การกำหนดความถี่ของการตรวจสอบ วิเคราะห์และประเมินผล ถ้ามีข้อกำหนดบังคับให้ปฏิบัติตามที่บังคับ แต่ถ้าไม่มีข้อบังคับให้ให้ระบุปีละ 1 ครั้ง

4.2 คณะทำงานของหน่วยงานส่งแบบแผนการตรวจสอบด้านสิ่งแวดล้อม (F-EP-9/1) เพื่อให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเป็นผู้ทวนสอบ,EMR เป็นผู้ลงนามอนุมัติ จากนั้นส่งแผนการตรวจสอบด้านสิ่งแวดล้อม (F-EP-9/1) มายังเลขาคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมต่อไป

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดหรือตรวจสอบต้องได้รับการทดสอบ/สอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และยังอยู่ในช่วงเวลาที่ไม่มีหมดอายุของการสอบเทียบ โดยมีหลักฐานที่สามารถยืนยัน


4.4 ในกรณีที่ต้องใช้หน่วยงานภายนอกมาตรวจวัด หน่วยงานนั้นต้องได้รับใบอนุญาตและขึ้นทะเบียนในขอบข่ายงานที่โรงพยาบาลกำหนด ไม่อยู่ในช่วงการต่อหรือใบอนุญาตหมดอายุ และเครื่องมือที่นำมาทดสอบต้องมีใบรับรองที่ถูกต้อง ผู้รับผิดชอบในการควบคุมการตรวจวัดต้องจัดเก็บสำเนาไว้เป็นหลักฐาน

4.5 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม สรุปผลการตรวจสอบลงในแบบฟอร์มสรุปผลการตรวจสอบ (F-EP-9/2) และนำเสนอให้ EMR พิจารณา แล้วให้เลขาคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเก็บผลเพื่อเสนอในที่ประชุม

4.6 กรณีที่เป็นการตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการประเมินผลในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายหรือข้อกำหนด ให้คณะทำงานของแต่ละหน่วยงาน แจ้งผลความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องตามกฎหมาย หรือข้อกำหนด ให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมทราบ เพื่อบันทึกในแบบฟอร์มรายชื่อกฎหมาย และข้อกำหนดอื่นๆ (F-EP-9/3) และนอกเหนือจากนี้ จะดำเนินการในการประชุมทบทวนประจำปี

4.7 ในกรณีที่เป็นการวิเคราะห์และประเมินการปลดปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจก ผู้เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลการใช้พลังงาน จะต้องนำข้อมูลให้กับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลและรายงานในการประชุมทบทวนประจำปีและแจ้งไปยังส่วนที่เกี่ยวข้องทราบ

4.8 กรณีผลการตรวจสอบไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ หรือมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน กรณีคณะทำงานของแต่ละหน่วยงาน เรื่อง การรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (F-EP-10/1) การปฏิบัติการแก้ไข และการปฏิบัติการป้องกัน (EP-10.1)

	<b>เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)</b> <b>เรื่อง : การตรวจประเมินภายใน</b>	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ : 228 / 305
	วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : การตรวจประเมินภายใน

หมายเลขเอกสาร : EP-9.2/1 และ EP-9.2/2

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by	ผู้ทบทวน Reviewed by	ผู้อนุมัติ Approved by
วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....





## 1. วัตถุประสงค์

มาตรฐานการปฏิบัติงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจประเมินภายใน เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น และสอดคล้องตามข้อกำหนด

## 2. ขอบข่าย

ใช้สำหรับตรวจประเมินภายในของระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

## 3. คำนิยาม

ตัวแทนฝ่ายบริหารการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management Representative: EMR) หมายถึงตัวแทนของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่จัดการระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามข้อกำหนด ISO 14001:2015

การตรวจประเมินภายใน หมายถึง การตรวจสอบโดยการตรวจติดตามที่ผู้ตรวจ (Auditor) เป็นบุคลากรขององค์กรเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ฝ่ายบริหารทราบว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในระบบคุณภาพที่จัดสร้างขึ้นมาถูกนำไปปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามข้อกำหนดของ ISO 14001 : 2015 และช่วยให้มีโอกาสในการปรับปรุงและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ผู้ตรวจประเมิน (Auditor) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจประเมินในขณะผู้ตรวจประเมินภายในของโรงพยาบาล

ผู้รับการตรวจประเมิน (Auditee) หมายถึง ผู้ที่รับการตรวจประเมินภายในจากคณะผู้ตรวจประเมินภายในของโรงพยาบาล

การเป็นไปตามข้อกำหนด (Conformity : C) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินสอดคล้องกับเกณฑ์ที่ระบุไว้

การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Nonconformity : NC) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ระบุ จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำขึ้นอีก

ข้อสังเกต (Observation : OBS) หมายถึง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจประเมินแม้จะไม่ใช่ว่าไม่เป็นไปตาม

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

หน่วยงานมีการตรวจติดตามคุณภาพภายในเพื่อติดตามว่าระบบคุณภาพที่ใช้อยู่นั้นมีประสิทธิภาพซึ่งผู้ทำหน้าที่ตรวจติดตามต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจติดตามระบบคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 14001:2015 และเป็นบุคลากรจากงานที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับใดๆกับงานที่ตรวจติดตาม ทั้งนี้เพื่อให้การตรวจติดตามนั้นเป็นกลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดการตรวจติดตามนี้จะ

ดำเนินการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและสามารถจัดให้มีการตรวจติดตามนอกแผนได้ในกรณีต่างๆต่อไปนี้ เช่น

- เมื่อมีลูกค้ำร้องเรียน
- เมื่อพบปัญหาในการทำงาน
- เมื่อพบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
- เมื่อพบปัญหาซ้ำจากการตรวจติดตามครั้งก่อน
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม
- และกรณีอื่นๆตามมติที่ประชุมหรือที่ EMR เห็นสมควร

#### 4.1 ขั้นตอนการเตรียมการ

- 4.1.1 ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานตรวจประเมินภายในแจ้งกำหนดการตรวจประเมินภายในให้กับแต่ละฝ่าย/แผนก ทราบล่วงหน้า
- 4.1.2 กำหนดวันที่ตรวจติดตามคุณภาพภายใน และคณะผู้ตรวจติดตาม ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าผู้ตรวจติดตามและทีมงานคณะผู้ตรวจติดตาม ในกรณีที่ต้องใช้ผู้ตรวจติดตามจากภายนอก EMR จะเป็นผู้ประสานงาน
- 4.1.3 EMR เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (F-EP-9/4) ซึ่งบอกถึงผู้ตรวจติดตามและกลุ่มงานที่รับการตรวจติดตาม
- 4.1.4 EMR เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (F-EP-9/4) ซึ่งบอกถึงผู้ตรวจติดตามและกลุ่มงานที่รับการตรวจติดตาม
- 4.1.5 EMR เสนอแผนการตรวจติดตามต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่ออนุมัติ หากมีเหตุจำเป็นที่ส่งผลให้ไม่สามารถ ดำเนินการตามแผนฯ ได้ EMR บันทึกเหตุผลความจำเป็นลงในแผนการตรวจติดตามคุณภาพ(F-EP-9/4)
- 4.1.6 EMR สรรหาและประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตามในแต่ละกิจกรรมตาม (F-EP-9/5)
- 4.1.7 และขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจติดตามเพื่อใช้เป็นข้อมูลในปีถัดไป (F-EP-9/6)
- 4.1.8 EMR จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ตรวจติดตามให้กับผู้ตรวจติดตามได้แก่ คู่มือคุณภาพ วิธีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจติดตามและกำหนดการตรวจติดตาม (F-EP-9/7) ให้คณะผู้ตรวจติดตามก่อนกำหนดการตรวจติดตามอย่างน้อย 10 วัน

- 4.1.9 คณะผู้ติดตามจัดทำ แบบบันทึกผลการตรวจติดตาม (Check List) (F-EP-9/8) ในแต่ละกิจกรรมที่จะทำการตรวจติดตามในพร้อมก่อนการตรวจติดตาม

## 4.2 ขั้นตอนการตรวจติดตาม

### 4.2.1 การเปิดประชุม (Opening Meeting)

- 4.2.1.1 องค์ประชุมประกอบด้วยคณะผู้ติดตาม ผู้บริหารสูงสุด ผู้รับการตรวจติดตามของกลุ่ม/ฝ่าย รับการตรวจติดตาม ผู้เข้าประชุมลงชื่อการเข้าประชุม
- 4.2.1.2 หัวหน้าผู้ตรวจติดตาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการตรวจติดตาม ผู้ตรวจติดตามและผู้รับการตรวจติดตาม
- 4.2.1.3 แจ้งกำหนดการตรวจติดตามอย่างเป็นทางการ และขอปรึกษา กำหนดการตรวจติดตามกับ ผู้รับการตรวจติดตาม เพื่อเห็นชอบ และดำเนินการตามเวลาที่กำหนด

### 4.2.2 การตรวจติดตามในแต่ละข้อกำหนด

- 4.2.2.1 ผู้ตรวจติดตามดำเนินการตรวจติดตาม และบันทึกผลการตรวจติดตามในแบบบันทึกการตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Check List) (F-EP-9/8) ในกรณีที่พบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน บันทึกข้อบกพร่อง ดังนั้นการเป็นไปตามข้อกำหนด (Conformity : C), การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (Nonconformity : NC), ข้อสังเกต (Observation : OBS) และดำเนินการเขียนข้อบกพร่องในการตรวจติดตามคุณภาพภายในพร้อมระบุถึงสาเหตุของข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 14001:2015 ตามแบบฟอร์ม (F-EP-9/9)


### 4.2.3 การปิดประชุม (Closing Meeting)

- 4.2.3.1 องค์ประชุมประกอบด้วยคณะเดิมที่เข้าประชุมการเปิดประชุม (Opening Meeting) ผู้เข้าประชุมลงชื่อการเข้าประชุม
- 4.2.3.2 ผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน ทำการแจ้งให้ผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่ถูกตรวจติดตามทราบถึงข้อบกพร่องที่พบ ลงนามรับทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขและระยะเวลาการแก้ไข
- 4.2.3.3 ผู้ตรวจติดตาม และผู้ถูกตรวจติดตามร่วมประชุมปิดการตรวจติดตาม ตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้รับมอบหมาย

### 4.3 ขั้นตอนการการแก้ไขข้อบกพร่อง

- 4.3.1 EMR สรุปข้อบกพร่องที่ได้จากการตรวจติดตามภายใน ตามแบบฟอร์ม (F-EP-9/10) และจัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้รับจากการตรวจประเมิน
- 4.3.2 EMR มอบหมายให้มีผู้ตรวจติดตาม ดำเนินการติดตามผลการแก้ไข และป้องกันตามระยะเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งบันทึกผลการติดตามผลการแก้ไขและป้องกัน
- กรณีผลการติดตามประเมินผลไม่มีประสิทธิผล EMR ติดตามผลการแก้ไขขยายเวลาในการแก้ไขปัญหาตามระยะเวลาที่เหมาะสม และเมื่อครบกำหนดการขยายระยะเวลาการแก้ไขปัญหาแล้ว ผลการติดตามประเมินผลไม่มีประสิทธิผล ให้ปฏิบัติการแก้ไขซ้ำสำหรับปัญหาเดิม(F-EP-9/9)
  - กรณีการติดตามประเมินผล มีประสิทธิผลสามารถกำจัดปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกผู้ตรวจติดตาม เสนอผลตรวจติดตามต่อ EMR และให้EMR อนุมัติผลการแก้ไข แล้วแจ้งในผู้ตรวจติดตาม Auditor ทราบสถานะการแก้ไข
- 4.3.3 เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการให้ EMR ทำการสรุปผลการดำเนินการเข้าที่ประชุมทบทวนประจำปี เพื่อป้องกันปัญหาในกรณีที่เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพ

หมายเหตุ : การตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอกให้มีแนวปฏิบัติในการแก้ไขข้อบกพร่องตามเอกสารฉบับนี้

	เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)	
	เรื่อง : การทบทวนฝ่ายบริหาร	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ :
วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0	

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : การทบทวนฝ่ายบริหาร

หมายเลขเอกสาร : EP-9.3

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by	ผู้ทบทวน Reviewed by	ผู้อนุมัติ Approved by
วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....



## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มั่นใจว่าระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาลยังคงมีความเหมาะสม และมีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงที่จำเป็น

## 2. ขอบข่าย

ใช้สำหรับการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ ของ โรงพยาบาล

## 3. คำนิยาม

ตัวแทนฝ่ายบริหารการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management Representative: EMR) หมายถึงตัวแทนของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่จัดการระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามข้อกำหนด ISO 14001:2015

การทบทวนฝ่ายบริหาร หมายถึง การทบทวนระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบดังกล่าวมีความเหมาะสมเพียงพอ และมีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

### 4.1 การกำหนดตามช่วงเวลา

ช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการประจำปีของกิจกรรมระบบคุณภาพ โดยช่วงเวลาในการประชุม ควรดำเนินงานหลังจากมีรายงานเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพภายใน การตรวจประเมินโดยหน่วยงานภายนอก การประเมินข้อมูลจากรับบริการ และควรประชุมก่อนถึงรอบการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีสำหรับปีต่อไป เพื่อนำผลจากการทบทวนไปจัดทำแผนปฏิบัติการด้วย

### 4.2 การเตรียมการประชุม

4.2.1 EMR เป็นผู้จัดทำบันทึกหรือเอกสารแจ้งกำหนดวันเวลา สถานที่ และวาระการประชุมทบทวนระบบการบริหารสิ่งแวดล้อม ส่งให้ห้องประชุมและผู้เกี่ยวข้องล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์

4.2.2 ประสานกับผู้เข้าร่วมประชุมในการจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามวาระการประชุม

### 4.3 การประชุม

องค์ประชุม ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	ประธาน
รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	รองประธาน
หัวหน้าฝ่ายบริหาร	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายอาชีวอนามัย	กรรมการ






EMR จะเป็นผู้จัดทำรายงานการประชุม แจกเวียนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบในรูปเอกสาร และเผยแพร่ด้านอื่นตามความเหมาะสม เช่น ดิคบอร์ดของหน่วยงาน ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน หนังสือเวียน ฯลฯ

#### 4.4 การติดตามผลการทบทวน

หลังจากการประชุมเสร็จสิ้นให้ EMR ทำหน้าที่วางแผนการแก้ไขปรับปรุง EP-10.1 การปรับปรุง ในส่วนที่เกี่ยวข้องภายในระยะเวลาที่กำหนด และจัดทำรายงานส่งให้ผู้จัดการห้องปฏิบัติการเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานต่อไป

	<b>เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure Manual)</b> <b>เรื่อง : สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การปฏิบัติการแก้ไขและการปฏิบัติการป้องกัน</b>	
	รหัสเอกสาร :	หน้าที่ :
	วันที่บังคับใช้ :	แก้ไขครั้งที่ : 0

## เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เรื่อง : สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การปฏิบัติการแก้ไขและการปฏิบัติการป้องกัน

หมายเลขเอกสาร : EP-10.1

สำเนาฉบับที่ : 0

เอกสารควบคุม

เอกสารไม่ควบคุม

ผู้จัดทำ Prepare by	ผู้ทบทวน Reviewed by	ผู้อนุมัติ Approved by
วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....	วันที่ (Date).....



## 1. วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายวิธีการดำเนินการปฏิบัติการแก้ไข ป้องกันต่อสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ขั้นตอนการดำเนินงาน ที่เกิดขึ้นแล้วหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น ให้ได้รับการแก้ไขและป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นอีก

## 2. ขอบข่าย

ใช้สำหรับเมื่อพบข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดขณะที่กำลังดำเนินการอยู่ และเสร็จเรียบร้อยแล้วในทุกกิจกรรมของการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้

## 3. คำนิยาม

ตัวแทนฝ่ายบริหารการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management Representative: EMR) หมายถึงตัวแทนของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่จัดการระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามข้อกำหนด ISO 14001:2015

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

4.1 เมื่อพบงานที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดจากข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ การควบคุมคุณภาพ การ การสังเกตพบของเจ้าหน้าที่ หรือผู้ควบคุมงาน การตรวจสอบการรายงานผล การ ทบทวนการบริหาร และการตรวจติดตามคุณภาพภายใน หรือการตรวจประเมินจาก หน่วยงานภายนอก เจ้าหน้าที่ทุกระดับบันทึกรายละเอียดงานที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดใน แบบบันทึก (F-EP-9.9) ยื่นต่อ EMR

4.2 EMR มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งหยุดงานชะลองาน เมื่อมีการบ่งชี้งานที่ไม่เป็นไปตาม กำหนด และพิจารณาส่งมอบให้แก่หัวหน้าผู้ควบคุมแผนก/ฝ่ายนั้นๆ เพื่อแก้ไข ข้อบกพร่อง รวมทั้งกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จ ให้ระบุเวลาแล้วเสร็จภายใน 7 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หากไม่สามารถดำเนินการภายใน 7 วันทำการ ให้แจ้งเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการได้มายัง EMR ด้วย

4.3 หัวหน้ากลุ่มงานในแต่ละแผนก/ฝ่าย ประเมินความสำคัญ และผลที่จะเกิดตามมาของงาน ที่ไม่เป็นไปตามกำหนด

4.3.1 กรณีไม่มีผลกระทบต่อระบบการบริหารสิ่งแวดล้อม ให้หัวหน้าผู้กลุ่มงานหรือผู้ที่ ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าผู้กลุ่มงานดำเนินการแก้ไขทันที

4.3.2 กรณีมีผลกระทบต่อหัวหน้ากลุ่มงานแจ้งและขอความคิดเห็นจาก EMR หรือ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ว่าเห็นควรดำเนินการ สั่งให้หยุดและยกเลิกหรือไม่ ก่อนดำเนินการแก้ไข โดยหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้ได้รับมอบหมาย กรณีที่พบว่าไม่ สามารถดำเนินการแก้ไขได้ทันทีจะต้องมีการตรวจสอบอย่างละเอียด ให้

ดำเนินการเรียกประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเพื่อหาแนวทางและติดตามผลการ  
แก้ไขตามระยะเวลาที่คณะกรรมการเห็นเหมาะสม

4.4 เมื่อปฏิบัติการแก้ไขแล้วเสร็จ หัวหน้าผู้ควบคุมงานตรวจสอบประสิทธิผลการแก้ไขรวมทั้ง  
พิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด

4.4.1 มีประสิทธิผล ลงนามรับรอง

4.4.2 ไม่มีประสิทธิผลให้ดำเนินการตามข้อ 4.3.2

4.5 ส่งบันทึก (F-EP-10/1) ที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดยัง EMR เพื่ออนุมัติปิดคำร้อง

4.6 เลขาคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมบันทึกสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด ในทะเบียนควบคุม  
บันทึกสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด (F-EP-10/2) เพื่อปิดสถานะของงาน

4.7 เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการให้ EMR ทำการสรุปผลการดำเนินการเข้าที่ประชุมทบทวน  
ประจำปี เพื่อป้องกันปัญหาในกรณีที่เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อระบบการบริหาร  
สิ่งแวดล้อม

ภาคผนวก จ









โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx xx

การชี้แจงและประเมินนัยสำคัญของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม	ลักษณะปัญหาสิ่งแวดล้อม	ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม	สถานะ (N/A/E)	รายละเอียดของสถานะ	เกณฑ์การประเมิน						ระดับนัยสำคัญ	ความสำคัญ	หมายเหตุ		
					กฎหมาย	ความรุนแรง			โอกาสเกิด						
						I	II	III	IV	V				VI	

หมายเหตุ :

- การระบุผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมให้เลือกข้อความต่อไปนี้ คือ มลภาวะทางอากาศ ปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม ของเสียสู่สิ่งแวดล้อม ก่อนเหตุเคอร์ซอนำคาญ การใช้ทรัพยากรธรรมชาติ
- ระบุสถานะที่เกิดลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมด้วยอักษร "N" "A" และ "E" โดย N= สถานะปกติ (Normal), A= สถานะผิดปกติ (Abnormal), E= สถานะฉุกเฉิน (Emergency)
- ระบุกฎหมาย หรือข้อกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมที่พิจารณาเฉพาะจากมาตรการกฎหมาย และข้อกำหนดอื่น ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม
- คำนวณค่า  $(+II+III) \times (IV+V+VI)$  ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 36 มีนัยสำคัญ (significance) น้อยกว่า 36 ไม่มีนัยสำคัญ (Non - Significance)

ผู้ประเมิน.....  
 ( )  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

ผู้ตรวจสอบ.....  
 ( )  
 ผู้อำนวยการ.....  
 วันที่.....







F-EP-6/6 เรื่อง วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ โครงการ

วันที่ประกาศใช้ แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx xx

ชื่อโครงการ.....เป้าหมาย.....ตัวชี้วัดโครงการ.....

วัตถุประสงค์.....

ทรัพยากรที่จำเป็นในโครงการ.....

ลำดับ	ความสอดคล้อง นโยบาย/ข้อกำหนด/กฎหมาย/อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียดลักษณะโครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มต้นถึงสิ้นสุดโครงการ	ผู้รับผิดชอบ

ลงนามผู้จัดทำ.....  
( )  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ลงนามผู้ทบทวน.....  
( )  
คณะกรรมการตั้งเขตส้อม  
วันที่.....

ลงนามผู้อนุมัติ.....  
( )  
EMR  
วันที่.....



ลำดับ	รายละเอียดของกฎหมาย และข้อกำหนด	หมวด/ข้อกำหนด	สิ่งที่ต้องปฏิบัติตาม	ลักษณะปัญหา สิ่งแวดลอม	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
	ชื่อกฎหมาย และข้อกำหนด				

ลงนามผู้จัดทำ.....  
 ( )  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

ลงนามผู้ตรวจสอบ.....  
 ( )  
 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม  
 วันที่.....

ลงนามผู้อนุมัติ.....  
 ( )  
 วันที่.....  
 EMR



F-EP-7/1 เรื่องแบบบรรยายลักษณะงาน

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

xx/xx/xxxx

แก้ไขครั้งที่

xx

## แบบบรรยายลักษณะงาน (JD)

ชื่อตำแหน่ง .....

หน้าที่ความรับผิดชอบ

.....

.....

.....

.....

.....

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คุณสมบัติ

.....

.....

.....

.....

.....



F-EP-7/3 เรื่องเป้าหมายการฝึกอบรม

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

## เป้าหมายการฝึกอบรม

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน้าที่.....

การฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....





F-EP-7/4 เรื่องแบบบันทึกความต้องการการฝึกอบรม

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

ความต้องการการฝึกอบรมของหน่วยงานฝ่าย.....

ที่	ชื่อ-นามสกุล ผู้ฝึกอบรม	รายละเอียดหลักสูตร			หมายเหตุ
		ชื่อหลักสูตร	ผู้จัดหลักสูตร	วันที่จัดอบรม	

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



F-EP-7/5 เรื่องแผนการฝึกอบรม

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

xx/xx/xxxx

แก้ไขครั้งที่

xx

แผนฝึกอบรมบุคลากร ประจำปี.....

ที่	ชื่อหลักสูตร	ประเภทการฝึกอบรม	วิทยากร	เดือน/ปี.....												ผู้เข้ารับการอบรม	ค่าใช้จ่าย	
				ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ต.ค.	ก.ย.	พ.ย.	ธ.ค.			
ด้านวิชาการ																		
ด้านการบริหาร/อื่นๆที่เกี่ยวข้องและสอดคล้อง																		

หมายเหตุ :แผนการฝึกอบรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม  แผนกำหนดการฝึกอบรมที่ดำเนินการแล้ว  แผนกำหนดการฝึกอบรมที่ดำเนินการแล้ว

ผู้จัดทำ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้อนุมัติ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



F-EP-7/6 เรื่องประวัติบุคลากร

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

## ประวัติบุคลากร

ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่ดำรงตำแหน่ง.....

## ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา	ปีที่ยัง

## ประวัติการฝึกอบรม

วันที่	หัวข้อการฝึกอบรม	ผู้จัดอบรม	หมายเหตุ

หมายเลขลำดับ.....



F-EP-7/7 เรื่องแบบประเมินความรู้ความสามารถ

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

## แบบประเมินความรู้ความสามารถ

เกรด.....

ชื่อผู้รับการประเมิน .....

เรื่องที่ประเมิน .....

ที่	รายละเอียดการประเมิน	ระดับการประเมิน				
		5 ดีมาก	4 ดี	3 ปานกลาง	2 พอใช้	1 ปรับปรุง
1	การปฏิบัติตามคู่มือได้ถูกต้อง					
2	มีความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม					
3	การวิเคราะห์ปัญหาในระบบการจัดการ สิ่งแวดล้อม					
4	การแก้ไขปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
5	การพัฒนางาน และ การสร้างแนวความคิด ใหม่ๆ					
	รวม					
	คะแนนรวม					

ความคิดเห็นอื่นๆ

.....

.....

.....

90 % - 100 %	เกรด A	คะแนนรวม
70 % - 89 %	เกรด B	
50 % - 69 %	เกรด C	
ต่ำกว่า 50 %	เกรด D	

ผู้ประเมิน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....





F-EP-7/8 เรื่อง บันทึกข้อร้องเรียน

วันที่ประกาศใช้ แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

## บันทึกข้อร้องเรียน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและรายละเอียดข้อร้องเรียน

ชื่อผู้ร้องเรียน : ..... ตำแหน่ง : .....

หน่วยงาน : .....

โทรศัพท์ : ..... โทรสาร : ..... อีเมล (E-mail) : .....

รับข้อมูลทาง:  โดยตรง  โทรศัพท์  โทรสาร  อีเมล  แบบสอบถาม

รายละเอียดข้อร้องเรียน

.....

.....

ผู้ร้องเรียน/ผู้รับคำร้องเรียน .....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ 2 การมอบหมายผู้รับผิดชอบ

ข้อร้องเรียนเกี่ยวข้องกับ.....

จึงเห็นควรมอบหมายให้..... ตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

EMR.....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ 3 วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ

สาเหตุของข้อ

ร้องเรียน.....

.....

## ผลกระทบต่องาน

- ไม่มีผลกระทบ  แก้ไขทันที โดย.....
- ตรวจสอบอย่างละเอียดเพื่อแก้ไขข้อร้องเรียน ให้ปฏิบัติการแก้ไข .....
- มีผลกระทบ ให้ดำเนินการควบคุมงานสอบเทียบที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด .....
- ผู้รับผิดชอบ.....
- (.....)
- วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ 4 อนุมัติปิดข้อร้องเรียน

การแก้ไขมีประสิทธิผล แจ้ง/ส่งให้ผู้ร้องเรียนทราบ

ความคิดเห็น.....

.....

.....

EMR/คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม.....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....







F-EP-8/1 เรื่อง รายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

## ข้อกำหนดและความต้องการรายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค

## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อ.....

## 2. คุณลักษณะทั่วไป

.....

.....

.....

## 3. คุณลักษณะทางเทคนิค

.....

.....

.....

## 4. อุปกรณ์ประกอบ

.....

.....

.....

## 5. การทดสอบ

.....

.....

.....

## 6. เงื่อนไข

.....

.....

.....

ลงนามรับรอง

(.....)

(.....)

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม

EMR

...../...../.....

...../...../.....



F-EP-8/3 เรื่อง ใบตรวจสอบอุปกรณ์/เครื่องมือตามข้อกำหนด  
และความต้องการรายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

xx/xx/xxxx

xx

โรงพยาบาล.....

ตรวจสอบอุปกรณ์/เครื่องมือตามข้อกำหนดและความต้องการรายละเอียดข้อมูลทางเทคนิค

รหัสประจำเครื่องมือ/ครุภัณฑ์ : .....

ชื่อเครื่องมือ : .....

ยี่ห้อ.....รุ่น : .....

หมายเลขเครื่อง : .....

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การยอมรับ	สถานะ		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	

ผลการตรวจสอบ:  อนุญาตให้นำไปใช้ได้  ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ได้

ข้อเสนอแนะ .....

.....

ผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....



F-EP-8/4 เรื่อง แบบประเมินการประเมินผู้ขายหรือผู้ให้บริการ  
โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้ .....  
xx/xx/xxxx  
แก้ไขครั้งที่  
xx

แบบประเมินการจัดซื้อ การซ่อม/บำรุงรักษา และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ปี.....

เกรด.....

ชื่อผู้ขาย.....

ที่อยู่.....

ผลิตภัณฑ์ที่ขาย.....

ที่	รายละเอียดการประเมิน	ระดับการประเมิน				
		5 ดีมาก	4 ดี	3 ปานกลาง	2 พอใช้	1 ปรับปรุง
1	เวลาการส่งมอบ					
2	ความครบถ้วนของสิ่งส่งมอบ					
3	การประกันความเสียหาย					
4	บริการหลังการขาย/การซ่อม/บำรุงรักษา					
5	ให้ความรู้/อบรม การใช้และการดูแลรักษา					
6	สภาพเครื่องที่ส่งมอบ คุณภาพผลิตภัณฑ์					
7	มีการทดสอบเครื่อง					
8	ราคาความเหมาะสมกับคุณภาพของเครื่องมือ					
9	มีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ					
10	การติดต่อประสานงาน					
	รวม					
	คะแนนรวม					

ความคิดเห็นอื่นๆ

90 % - 100 %	เกรด A
70 % - 89 %	เกรด B
50 % - 69 %	เกรด C
ต่ำกว่า 50 %	เกรด D

คะแนนรวม

× 2 =

%

ผู้ประเมิน.....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....ปี.....







F-EP-8/6 เรื่อง แบบบันทึกการควบคุมดูแลระบบบำบัด  
น้ำเสีย

วันที่ประกาศใช้    แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

แบบบันทึกการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความถี่ รายงานทุกวัน

ดัชนีคุณภาพน้ำ	หน่วย	ค่าที่วัดได้	เกณฑ์กำหนดสูงสุดตาม ประเภท มาตรฐานควบคุมการ ระบายน้ำทิ้ง		หมายเหตุ
			ก	ข	
๑. ค่าความเป็นกรด ต่าง (pH)	-		๕-๙	๕-๙	

ความถี่ ทุกเดือน

ดัชนีคุณภาพน้ำ	หน่วย	ค่าที่วัดได้	เกณฑ์กำหนดสูงสุดตาม ประเภท มาตรฐานควบคุมการระบาย น้ำทิ้ง	
			ก	ข
๒. ค่าความเป็นกรดต่าง (pH)	-		๕-๙	๕-๙
๓. บีโอดี (BOD)	มก./ล.		≤ ๒๐	≤ ๓๐
๓. ปริมาณของแข็ง				
• ค่าสารแขวนลอย (Suspended Solids)	มก./ล.		≤ ๓๐	≤ ๔๐
• ค่าตะกอนหนัก (Settleable Solids)	มล./ล.		≤ ๐.๕	≤ ๐.๕
• ค่าสารที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solid)	มก./ล.		≤ ๕๐๐*	≤ ๕๐๐*
๔. ค่าซัลไฟด์ (Sulfide)	มก./ล.		≤ ๑.๐	≤ ๑.๐
๕. ไนโตรเจน (Nitrogen) ในรูป ที เค เอ็น (TKN)	มก./ล.		≤ ๓๕	≤ ๓๕

ดัชนีคุณภาพน้ำ	หน่วย	ค่าที่วัดได้	เกณฑ์กำหนดสูงสุดตาม ประเภท มาตรฐานควบคุมการระบาย น้ำทิ้ง	
			ก	ข
๖. น้ำมันและไขมัน (Fat , Oil and Grease)	มก./ล.		≤ ๒๐	≤ ๒๐
๗. โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Total Coliform Bacteria)	mpm/๑๐๐ ml		≤ ๕,๐๐๐	≤ ๕,๐๐๐
๘. ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Fecal Colifm Bacteria)	mpm/๑๐๐ ml		≤ ๑,๐๐๐	≤ ๑,๐๐๐





F-EP-8/7 เรื่อง การรับคืนเอกสาร

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

**บัญชีการรับ-คืนเอกสาร**

ลำดับ	ชื่อผู้ครอบครอง	ชื่อ/หมายเลขเอกสาร	แก้ไขครั้งที่	วันที่มีผลบังคับใช้	ผู้รับ/ลงวันที่	ผู้คืน/ลงวันที่	หมายเหตุ

ลงนามผู้จัดทำ.....  
 ( )  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....



F-EP-8/8 เรื่อง รายงานการเกิดเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

xx/xx/xxxx

แก้ไขครั้งที่

xx

สรุปสถานการณ์ กรณี.....ที่.....

ประจำวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา.....น.

วันเวลาที่เกิดเหตุ	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา.....น.
สถานที่เกิดเหตุ	
ลักษณะการเกิดเหตุ	
ความเสียหาย/ผลกระทบ	<p>ผลกระทบต่อทรัพย์สิน <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p>รายละเอียด.....</p> <p>ผลกระทบต่อชีวิต <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p>รวมมีผู้เสียชีวิต.....ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บ/ป่วย.....ราย</p>
หมายเหตุ	

ลงนามผู้จัดทำ.....

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ลำดับ	คำที่ต้องการตรวจสอบ	กฎหมาย/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	ครั้ง/ปี	กำหนดการตรวจสอบ								ผู้รับผิดชอบ						
				ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.		ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.		

ลงนามผู้ตรวจสอบ.....  
 ( )  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

ลงนามผู้ทวนสอบ.....  
 ( )  
 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม  
 วันที่.....

ลงนาม  
 ผู้อนุมัติ.....  
 ( )  
 วันที่.....  
 EMR



โรงพยาบาล.....

xx/xx/xxxx

xx

วันที่ตรวจสอบ	กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง	คำที่ต้องการ ตรวจสอบ	ค่ามาตรฐาน หรือ ค่าที่กำหนด	ผลการ ตรวจสอบ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
					สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	

ลงนาม  
 ผู้จัดทำ.....  
 ( ..... )  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....

ลงนามผู้ตรวจสอบ.....  
 ( ..... )  
 วันที่.....  
 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม

ลงนาม  
 ผู้อนุมัติ.....  
 ( ..... )  
 วันที่.....  
 EMR







F-EP-9/5 เรื่อง ประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตาม

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

xx/xx/xxxx

แก้ไขครั้งที่

xx

## ประเมินคุณสมบัติของผู้ตรวจติดตาม

ผู้รับการประเมิน : .....

หน่วยงาน : .....

ประวัติการอบรม/ประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับ ISO14001:2015:

ประวัติการอบรม/ประสบการณ์	สถาบัน	วัน เดือน ปี

ผลการประเมิน

 ผ่าน ไม่ผ่าน

เหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

.....

.....

.....

ผู้ประเมิน.....

(.....)

...../...../.....







F-EP-9/7 เรื่อง กำหนดการตรวจติดตามภายใน

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

xx/xx/xxxx

แก้ไขครั้งที่

xx

กำหนดการตรวจติดตามภายในตามมาตรฐาน ISO 14001:2015

โรงพยาบาล.....

วันที่ 20 กรกฎาคม 2561

- 08.00 – 08.30 น. ประชุมเปิดการตรวจติดตามภายใน (Opening Meeting) กับผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง
- 08.30 – 12.00 น. ตรวจติดตามข้อกำหนดหมวดที่ 4 บริบทองค์กรและข้อกำหนดหมวดที่ 5 ความเป็นผู้นำ
- 12.30 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 14.30น. ตรวจติดตามข้อกำหนดหมวดที่ 6 การวางแผนและข้อกำหนดหมวดที่ 7 สนับสนุน
- 14.30 – 15.30 น. ประชุมคณะตรวจติดตามภายใน
- 15.30 – 16.30 น. ประชุมสรุปผลการตรวจติดตามภายใน

วันที่ 21 กรกฎาคม 2561

- 08.00 – 08.30 น. ประชุมเปิดการตรวจติดตามภายใน (Opening Meeting) กับผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง
- 08.30 – 12.00 น. ตรวจติดตามข้อกำหนดหมวดที่ 8 การดำเนินการ
- 12.30 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 14.30น. ตรวจติดตามข้อกำหนดหมวดที่ 9 การประเมินสมรรถนะและ 10 การปรับปรุง
- 14.30 – 15.30 น. ประชุมคณะตรวจติดตามภายใน
- 15.30 – 16.30 น. ประชุมสรุปผลการตรวจติดตามภายในกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

รายชื่อคณะผู้ตรวจประเมิน

คณะผู้ตรวจติดตาม

- |         |                         |
|---------|-------------------------|
| 1. .... | หัวหน้าคณะผู้ตรวจติดตาม |
| 2. .... | คณะผู้ตรวจติดตามที่ 1   |
| 3. .... | คณะผู้ตรวจติดตามที่ 2   |





F-EP-9/9 เรื่อง แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ข้อบกพร่องที่ไม่  
เป็นไปตามข้อกำหนด

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

xx/xx/xxxx

xx

แบบบันทึกข้อสังเกตและการให้ข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

หมายเลขแบบบันทึกผลการตรวจติดตามภายใน : ..... วันที่ตรวจติดตาม : ...../...../.....

กิจกรรมที่ตรวจติดตาม : .....

ผู้ตรวจติดตาม : .....

ผู้/หน่วยงานที่ได้รับการตรวจติดตาม : .....

รายละเอียดสิ่งที่พบ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดสิ่งที่พบ :  มีข้อบกพร่อง  ไม่มีข้อบกพร่อง

ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ารับทราบ ข้อบกพร่องและยินดีที่จะแก้ไขข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ โดยจะแก้ไขข้อบกพร่องให้เสร็จ

ตามระยะเวลาที่กำหนดและพร้อมที่จะให้มีการตรวจติดตามการแก้ไขข้อบกพร่องในวันที่ ...../...../.....

ผู้รับการตรวจติดตาม.....

ผู้ตรวจติดตาม.....

(.....)

(.....)

...../...../.....

...../...../.....

การปฏิบัติการแก้ไขสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด EP 10.1. ....

สาเหตุของข้อบกพร่อง : .....

.....

.....

.....

การปฏิบัติการแก้ไข : .....

.....

.....

.....

แนวทางป้องกัน : .....

.....

.....

.....

ผู้ปฏิบัติการแก้ไข.....

(.....)

...../...../.....

การตรวจติดตามการแก้ไขข้อบกพร่อง

ข้อบกพร่องได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อบกพร่องไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การปฏิบัติการแก้ไขซ้ำ NO. ....

ผู้ตรวจติดตาม.....

(.....)

...../...../.....



F-EP-9/10 เรื่อง แบบฟอร์มรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด  
โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
xx/xx/xxxx	xx

รายงานสรุปรายงานการไม่เป็นไปตามข้อกำหนดจากการตรวจติดตามภายใน  
ระหว่างวันที่ ครั้งที่ 1 วันที่ 21 กรกฎาคม 2561

ที่	ข้อกำหนด	การไม่เป็นไปตามข้อกำหนด	กำหนดระยะเวลา แก้ไข/ป้องกัน	ผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ.....

( )

EMR



F-EP-10/1 เรื่อง บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด

โรงพยาบาล.....

วันที่ประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่

xx/xx/xxxx

xx

## บันทึกสิ่งไม่เป็นไปตามที่กำหนด

ส่วนที่ 1 ประเภทสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดและรายละเอียด

 ข้อร้องเรียนจากลูกค้า       การควบคุมคุณภาพ       การสอบเทียบเครื่องมือ

 การตรวจสอบวัสดุสิ้นเปลือง       การสังเกตพบของเจ้าหน้าที่       การตรวจสอบใบ

รายงานผลการสอบเทียบ

 การทบทวนการบริหาร       การตรวจติดตามคุณภาพภายใน       การตรวจประเมินจาก

ภายนอก

 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

รายละเอียดที่พบ

.....

.....

.....

หลักฐานที่พบ

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

.....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ประเมินความสำคัญของงานที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดและผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม

ไม่มีผลกระทบต่องาน  มีผลกระทบต่องาน

ต้องแก้ไขทันที  ต้องปฏิบัติการแก้ไข EP-10.1  ต้องหยุดทำงาน

ข้อร้องเรียนเกี่ยวข้องกับ.....

จึงเห็นควรมอบหมายให้.....เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์สาเหตุและการดำเนินการแก้ไข

สาเหตุของปัญหาที่แท้จริง

(RootCause).....

.....

รายละเอียดการแก้ไข

.....

.....

แนวทางการป้องกัน

.....

.....

กำหนดการแก้ไขหรือป้องกันแล้วเสร็จภายในวันที่ .....

ผู้รับผิดชอบ.....

(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 4 การตรวจสอบประสิทธิผลการแก้ไข

- การแก้ไขมีประสิทธิภาพ
- การแก้ไขไม่มีประสิทธิภาพใช้ดำเนินการแก้ไขซ้ำตาม EP-10.1 No. ....

ให้ปฏิบัติงานต่อ  แจ้งผู้รับผิดชอบทราบ  อื่นๆ (โปรด  
ระบุ.....)

รายละเอียด.....  
.....

ผู้ตรวจสอบ : .....ปิดคำร้อง  
(.....)

EMR : .....  
(.....)

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....





ภาคผนวก ข