



## แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

วันที่ .....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

เรื่อง ขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙

ตามที่.....ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการประกาศรายชื่อให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ วรรคหนึ่ง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้ดำเนินการขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการตามประกาศดังกล่าวภายในหนึ่งปี แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดบางประการที่ยังไม่สามารถจัดให้หน่วยปฏิบัติการมีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในเวลาที่กำหนดได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ซึ่งเป็นผู้บริหารของหน่วยปฏิบัติการ ขอรายงานเหตุผลความจำเป็นเพื่อขอขยายเวลาสำหรับการดำเนินการให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ตามในผนวกแนบท้ายแห่งประกาศดังกล่าว ดังนี้

### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ : .....
๒. สถานที่ตั้ง : เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....เบอร์โทร.....
๓. มีความประสงค์ขอขยายเวลาสำหรับการดำเนินการเพื่อให้มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ฯ เพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับใด  
 ระดับพื้นฐาน     ระดับสูง     ระดับเฉพาะทาง
๔. หน่วยปฏิบัติการของท่าน มีชุดปฏิบัติการในสังกัด จำนวน .....ชุด
๕. หน่วยปฏิบัติการได้กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงานอย่างไร  
 หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๘ ชั่วโมง วันละ ๓ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี  
 หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๑๒ ชั่วโมง วันละ ๒ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี  
 จัดในรูปแบบอื่น (โปรดระบุ) .....

### ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลา (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน)

๖. บุคลากรยังมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด/จำนวนไม่เพียงพอ ดังนี้
  - ๖.๑ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน
    - ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน
    - ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึง ๓ ปี
    - ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้บริหารหน่วยตามที่ สพฉ. กำหนด
  - ๖.๒ ผู้ทำหน้าที่หัวหน้าชุด (มีจำนวน .....คน)
    - ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นหัวหน้าชุด
    - ยัง มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

**ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลา** (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยงานของท่าน)

๖.๓ ผู้ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าชุด (มีจำนวน .....คน )

- ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุด
- ยังมีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

๖.๔ ผู้ทำหน้าที่พนักงานขับรถ (มีจำนวน .....คน)

- ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด / ไม่มีใบอนุญาตขับขี่หรือขาดต่ออายุ
- ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถหรือผ่านเป็นบางคน
- มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

๗. อุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่จำเป็น (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

- ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเอง และความปลอดภัย

๘. พาหนะ

- ไม่มีพาหนะหรืออยู่ระหว่างการจัดหาให้มี
- ทุกคัน/บางคันยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพฉ. / ไม่ได้รับอนุญาต
- มีพาหนะแต่ไม่สามารถใช้งานได้ (อยู่ระหว่างซ่อมซึ่งคาดว่าจะต้องใช้ระยะเวลาซ่อมนาน)

๙. ระบบสื่อสารและสารสนเทศ (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

- ไม่มีวิทยุสื่อสาร
- มีวิทยุสื่อสารแต่ไม่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิทยุคมนาคม และระเบียบ สพฉ.
- ไม่มีระบบอินเทอร์เน็ต
- ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่

๑๐. อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

- ยังไม่มีสถานที่ตั้งที่ชัดเจน หรืออาคารที่ตั้งไม่มั่นคงแข็งแรงพอ
- ไม่มีที่จอดรถหรือมีไม่เพียงพอกับจำนวนรถ

๑๑. เหตุผลและความจำเป็นอื่น (ถ้ามี)

(โปรดระบุ.....)

ทั้งนี้ โดยขอขยายเวลาต่อไปอีกหนึ่งปี ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการในสังกัดที่ข้าพเจ้ารับผิดชอบ และเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้การอนุมัติต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ

**สำหรับเลขานุการคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์**

ได้รายงานข้อมูลการขอขยายเวลาของหน่วยปฏิบัติการนี้ต่อคณะผู้อนุมัติแล้ว เห็นควรเสนอต่อเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง เลขานุการคณะผู้อนุมัติ/ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน