

(เอกสารหมายเลข ๑)
คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภท สถานพยาบาลของรัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า.....
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้)

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด.....

๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
หน่วยงานอื่นของรัฐชื่อ

สังกัด กระทรวง

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด.....

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
☐ หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกันจำนวน..... 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 (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสาร
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
สาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือ
หลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๒.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

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