(เอกสารหมายเลข 1)

คำขอ**จัดตั้งสถานพยาบาล**ยาเสพติด

**ประเภท สถานพยาบาลของรัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจ**

เขียนที่ ………………….………………………………………

วันที่ ……… เดือน …….………………..…. พ.ศ. ……….……

1. ข้าพเจ้า……………………..………………………………………………………………………………………………………………….

(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้)

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

ตำบล/แขวง……………………………….อำเภอ/เขต ..…….…………………………จังหวัด......................................................

2. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

หน่วยงานอื่นของรัฐชื่อ ....................................................................................................................................... สังกัด ................................................................. กระทรวง .................................................................................

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

ตำบล/แขวง……………………………….อำเภอ/เขต ..…….…………………………จังหวัด......................................................

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

อีเมล์.....................................................................................................................................................................

3. รูปแบบการบำบัดรักษา

❒ ผู้ป่วยนอก

❒ ผู้ป่วยใน

❒ มีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

4. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด

❒ ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน......................................................................................... หลัง

❒ ตึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน……………………...…...…………………………………... หลัง

❒ หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน .......……............… หลัง /จุได้ ……………..………….…………. คน

❒ อาคารฝึกอาชีพและอาชีวบำบัดจำนวน..…………………………………..……….………………………… หลัง

❒ ที่ดินใช้ฝึกอาชีพทางเกษตรกรรม จำนวน................................................................................ ไร่

❒หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกันจำนวน……...................................................... หลัง

รั้วกั้นบริเวณ ❒ ไม่มี

❒ มี ระบุ............................................................................................

5. บุคลากรที่รับผิดชอบ(หลัก)ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

5.1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา..................................……………….……จำนวน………………. คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย 1 คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ

❒ ไม่เคยอบรม

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร...........................................................................................

5.2 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

-2-

จำนวน………………………. คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด 10 วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย 1 คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน................ คน

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

๕.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ระบุ..................................…………………………….จำนวน................ คน

(ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลตามที่อนุกรรมการกำหนด)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน................ คน

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

6. 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

7. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับ

การบำบัดรักษา

( ) ยาแผนปัจจุบัน ( ) ยาแผนโบราณและสมุนไพร ( ) วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์

( ) อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบุ…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

8. งบประมาณและเงินสนับสนุน

( ) ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

( ) ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา) ……………………………………………………………..

( ) คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

9. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

-3-

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

………………………………………………………………………………………………………………………..………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………….……………………...

**เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ**

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

1.1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม **จำนวน ..................คน ให้แนบเอกสาร**

**1.1.1 สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด**

**สำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ**

1.1.2 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

1.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

**จำนวน ...................คน ให้แนบเอกสาร**

**1.2.1 สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ**

1.2.2 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**การพยาบาล** หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบ

วิชาชีพ**การพยาบาลและการผดุงครรภ์**

**1.3 เอกสารผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ถ้ามี)**

**1.3.1 สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดตามอนุกรรมการกำหนด**

**1.3.2** สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ **(ถ้ามี)**

**2. แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**

3. แผนที่**ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด**ที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

ระบุผู้ประสานงานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ชื่อ..........................................นามสกุล..........................................

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้สะดวก)...............................................................................................................

ลงชื่อ ………………….………………………… ผู้ยื่นคำขอ

(……………………………………………)

ตำแหน่ง ……………………………………………………………

วันที่ ………….….เดือน……………………พ.ศ.…………....

**หมายเหตุ** การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งและดำเนินการต่อไป