(เอกสารหมายเลข 2)

คำขอ**จัดตั้งสถานพยาบาล**ยาเสพติด

**ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล**

เขียนที่ ………………..……………………………………

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

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

(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

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

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

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

โทรสาร…………………….………...…………อีเมล์..............................................................................................

2. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ชื่อ................................................................……….…...

ตั้งอยู่เลขที่………..……ตรอก/ซอย………………………...ถนน..……………………….…..หมู่ที่……………………..……

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

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

โทรสาร…………………….………...…………อีเมล์..............................................................................................

3. โดยขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 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

-2-

ห้องคู่ จำนวน..........................ห้อง

ห้องรวม จำนวน........................ห้อง /จุได้.................................คน

หอพักผู้ป่วย มีห้องน้ำและห้องสุขา จำนวน ............. ห้อง

❒ หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน…….…………....................................หลัง

รั้วกั้นบริเวณ

❒ ไม่มี

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

๗. บุคลากรหลักที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน.............คน

๗.1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา..................................……………….……จำนวน………………. คน

(ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย 1 คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

❒ ไม่เคยอบรม

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

๗.2 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

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

❒ 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

-3--

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน………..………………………………………………………………. คน

นักกิจกรรมบำบัด จำนวน.....................................................................................คน

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน…………………………………………………….……………..…… คน

อื่นๆ (ระบุ........................................) จำนวน.................................................................................. คน

รวม …………………………...……………... คน

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

❒ ยาแผนปัจจุบัน ระบุ.................................................................................................................

❒ ยาแผนโบราณและสมุนไพร ระบุ..............................................................................................

❒ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ /อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาระบุ...................................................

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

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

1๐. งบประมาณและเงินสนับสนุน

❒ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

❒ ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

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

1๑. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

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

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

1๒. สถานพยาบาลที่ประสานรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรักษา จำนวน........แห่ง ระบุ

1.......................................................................................................................................................

2.......................................................................................................................................................

**เอกสารหลักฐานต่างๆที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย**

**สถานพยาบาล**

๑. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด (**เอกสารหมายเลข ๒)** **พร้อมแนบเอกสาร**

**๑.1 ใบอนุญาตให้**ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)  
 1.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล   
 1.๓ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

พร้อมพิกัดGPS  
 1.๔ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)  
 ๑.๕ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

1.6 เอกสารผู้ดำเนินการสถานพยาบาล   
 **1.6.๑ ใบอนุญาตให้**ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)  
 1.6.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

-4-

1.7 เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก

1.7.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  **ให้แนบเอกสาร**

**๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ**

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

* + 1. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ

การผดุงครรภ์ **ให้แนบเอกสาร**

**๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาล**

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

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**การพยาบาล**หรือสำเนาใบอนุญาต

ประกอบวิชาชีพ**การพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ**

**1.8 เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา**

**1.8.๑ แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**

**1.8.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษา**

**ยังสถานพยาลบาลอื่นอย่างเหมาะสม**

ลงชื่อ ………………….……………ผู้ยื่นคำขอ (………………………………)

ตำแหน่ง ………………………………………………………

วันที่ …….เดือน……………………พ.ศ ……..……

**หมายเหตุ** การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู   
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้ง และ ดำเนินการต่อไป