

(เอกสารหมายเลข ๒)
คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่ ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล.....
๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล.....
๓. โดยขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล ภายใต้การดำเนินการ
☐ ส่วนบุคคล
☐ นิติบุคคล
๔. ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลคือ
ชื่อ-สกุล.....
๕. รูปแบบการบำบัดรักษา
☐ ผู้ป่วยนอก
☐ ผู้ป่วยใน
☐ ดำเนินการโดยมีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดน ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ชื่อเภสัชกร.....
๖. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการ
☐ ดึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง
☐ ดึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน..... หลัง
☐ ห้องตรวจหรือห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน จำนวน.....ห้อง

- ☐ หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน หลัง /จุได้ คน
 ห้องเดี่ยว จำนวน.....ห้อง
 ห้องคู่ จำนวน.....ห้อง
 ห้องรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน
 หอพักผู้ป่วย มีห้องน้ำและห้องสุขา จำนวน ห้อง
- ☐ หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน.....หลัง
 รั้วกันบริเวณ
 ☐ ไม่มี
 ☐ มี ระบุ.....

๗. บุคลากรหลักที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน.....คน

๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา.....จำนวน.....คน
(ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

☐ ไม่เคยอบรม

☐ เคยอบรม ระบุหลักสูตร.....

๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
จำนวน.....คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสาร
เสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด ๑๐ วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาล
เฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการ
ตลอดเวลาเปิดบริการ)

☐ 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
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน..... คน
นักกิจกรรมบำบัด จำนวน.....คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน..... คน
อื่นๆ (ระบุ.....) จำนวน..... คน
รวม คน

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับ
การบำบัดรักษา

- ☐ ยาแผนปัจจุบัน ระบุ.....
☐ ยาแผนโบราณและสมุนไพร ระบุ.....
☐ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาระบุ.....
.....
.....

๑๐. งบประมาณและเงินสนับสนุน

- ☐ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา
☐ ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
☐ ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา)

๑๑. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

.....
.....

๑๒. สถานพยาบาลที่ประสานรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรักษา จำนวน.....แห่ง ระบุ

- ๑.....
๒.....

เอกสารหลักฐานต่างๆที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล

๑. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด (เอกสาร
หมายเลข ๒) พร้อมแนบเอกสาร

- ๑.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)
๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล
๑.๓ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

พร้อมพิกัดGPS

- ๑.๔ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
๑.๕ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

๑.๖ เอกสารผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๖.๑ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)

๑.๖.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗ เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก

๑.๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๘ เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา

๑.๘.๑ แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๑.๘.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นอย่างเหมาะสม

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้ง และดำเนินการต่อไป