(เอกสารหมายเลข ๓)

คำขอ**จัด**ตั้ง**สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**

เขียนที่ …………………………………………………

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

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

(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือนิติบุคคล)

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

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

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

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

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

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

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

3. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การดำเนินการ

❒ 3.1 ภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ สังกัด.....................................กระทรวง .................

❒ 3.2 ภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

❒ เอกชน(ส่วนบุคคล) ❒ เอกชน(นิติบุคคล)

❒ องค์กรการกุศล(ส่วนบุคคล) ❒ องค์กรการกุศล(นิติบุคคล)

4. ที่ปรึกษาชื่อ-สกุล.............................................................ผู้ประกอบวิชาชีพ.......................................................

(ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ

ผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)

4.1 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (อย่างน้อย 1 ปี) ระบุ...............................................................

4.2 การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

ระบุ..........................................................................................................................................................

5. ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ชื่อ-สกุล.................................................ผู้ประกอบวิชาชีพ...................................... (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)

๕.1 ประสบการณ์ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน

ระบุ ..........................................................

๕.2 การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

ระบุ..........................................................................................................................................................

6. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ

-2-

❒ 6.1 ผู้ป่วยนอก

❒ 6.2 ผู้ป่วยใน

❒ 1) จำนวนผู้ป่วยไม่ถึง 50 คน ต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัย ผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ระบุ..................................................

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

❒ ๒) จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อย 1 คน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมในการให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ อย่างน้อย 2 ชั่วโมง จำนวน..............คน

ชื่อ-สกุล ...................................................................................................................

ชื่อ-สกุล...................................................................................................................

7. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับวิชาชีพทางด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือการสาธารณสุขหรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการกำหนด **และไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับที่ปรึกษาหรือผู้ดำเนินการ**

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์ จำนวน………………………….…..…………………………… คน

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน……………………………………………………………. คน

พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน…………………… ……………………………………….. คน

นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน…………………… ……………………………………….. คน

นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน…………………… ……………………………………….. คน

นักอาชีวบำบัด จำนวน…………………… ……………………………………….. คน

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

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

อื่นๆ ระบุ.......................................................จำนวน…………………… …………………………………….. คน

รวม ……………………………………….. คน

การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพตามอนุกรรมการกำหนด จำนวน ................. คน

8. ลักษณะของสถานที่ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

-๓-

8.1 จำนวนอาคารต่างๆ ..................................หลัง

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

❒ ตึกหรืออาคารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกจำนวน……………...…….…………………….………….… หลัง

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

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

ห้องพักเดี่ยว จำนวน...........ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ❒ มี ❒ ไม่มี.ระบุที่ใช้.....................

ห้องพักคู่ จำนวน..........ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ❒ มี ❒ ไม่มีระบุที่ใช้........................

ห้องพักรวม จำนวน..........ห้อง /จุได้.........คน มีห้องน้ำและห้องส้วม จำนวน............ ห้อง

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

❒ อื่นๆ................................................................................................................................................

8.2 สถานที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูฯ

1) ห้อง/สถานที่ให้คำปรึกษา จำนวน...............ห้อง

2) สถานที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกัน

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

3) สถานที่รับประทานอาหาร

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

4) การจัดบริการห้องส้วมในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.1) จำนวนห้องส้วม จำนวน...........ห้อง/ผู้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน.........คน

4.2) ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ/ผู้สูงอายุ จำนวน...........ห้อง

5) สถานที่ออกกำลังกาย ระบุ..............................................................................................................

6) อื่นๆ ระบุ..........................................................................................................................................

8.3 ระบบรักษาความปลอดภัย

1) เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของสถานฟื้นฟูฯตลอด 24 ชั่วโมง

❒ มี จำนวน...... คน ❒ ไม่มี ระบุการดำเนินการ.........................................................................

2) ระบบป้องกันอัคคีภัย

❒ สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ ❒ ติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร

❒ มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ ❒ เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมซ้อมแผนอัคคีภัย

❒อื่นๆ ระบุ.................................................................................................................................

3) ติดกล้องวงจรปิด

❒ มี จำนวน..........จุด ❒ ไม่มี

4) รั้วกั้นบริเวณ

❒ มี ❒ ไม่มีระบุ................................................................................................................

5) อื่นๆ(ถ้ามี) ระบุ.................................................................................................................................

-๔-

9. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เหมาะสม และเพียงพอในการให้

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลพร้อมใช้งาน(โปรดระบุ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

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

๑๐. มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (โปรดระบุคร่าวๆและแนบแผนหรือคู่มือการบำบัดฟื้นฟู)

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

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

๑๑. ความพร้อมในการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสม

❒ มี ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.............................................................................................

❒ ไม่มีแนวทางปรับปรุง............................................................................................................

12.จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดฯและการบันทึก

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

❒ ไม่มี แนวทางปรับปรุง...........................................................................................................

13. งบประมาณและเงินสนับสนุน

❒ ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

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

❒ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

14. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

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

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

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

15. หน่วยงานสนับสนุน

❒ มี ได้แก่ ……………………………………………………………..…………………….……

❒ ไม่มี

**เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**

1. ผู้ขอเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกเอกสารจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (**เอกสารหมายเลข 3)**

๑.1 สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นขอจัดตั้ง  
 1.2 สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอจัดตั้ง  
 1.3 สำเนาทะเบียนบ้านของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด  
 1.4 แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณ

ใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS  
 1.5 ใบรับรองแพทย์ผู้ยื่นขอจัดตั้ง

-5-

1.๖ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)  
 1.๗ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่  
 1.8 เอกสารผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

1.8.1 สำเนาบัตรประชาชน  
 1.8.2 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

1.8.3 **สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตร**ของบุคลากรสถาน

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

1.8.4 สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๖ เดือน  
 1.9 เอกสารที่ปรึกษาสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

1.9.1 สำเนาบัตรประชาชน  
 1.9.2 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

1.9.3 **สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตร**ของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

1.9.4 สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ปี

1.10 เอกสารของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระดับวิชาชีพ เช่น ด้านการแพทย์ หรือด้านการพยาบาล  **หรือการสาธารณสุข หรือจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม (อย่างน้อย ๑ คน : ผู้รับบริการ ๑๐-๑๕ คน)** ได้แก่

1.10.1 สำเนาบัตรประชาชน

1.10.2 **สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตร**ของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

1.10.3 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ (ของผู้ประกอบวิชาชีพ)

**1.11 เอกสารแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ**ผู้ติดยาเสพติด

**1.11.1 แผนหรือคู่มือการ**ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด **หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟูฯ ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่**

**1.11.2 แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาลบาลอื่นอย่างเหมาะสม**

**1.12 รายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**

-6-

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

ตำแหน่ง …..………………………………………………

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

**หมายเหตุ:** การยื่นคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้งและดำเนินการต่อไป