

(เอกสารหมายเลข ๓)

คำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือนิติบุคคล)
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
อีเมล.....
๒. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดชื่อ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
อีเมล.....
๓. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การดำเนินการ
☐ ๓.๑ ภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ สังกัด..... กระทรวง
- ☐ ๓.๒ ภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล
☐ เอกชน(ส่วนบุคคล) ☐ เอกชน(นิติบุคคล)
☐ องค์กรการกุศล(ส่วนบุคคล) ☐ องค์กรการกุศล(นิติบุคคล)
๔. ที่ปรึกษาชื่อ-สกุล..... ผู้ประกอบวิชาชีพ.....
(ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)
๔.๑ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (อย่างน้อย ๑ ปี) ระบุ.....
๔.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....
๕. ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ชื่อ-สกุล..... ผู้ประกอบวิชาชีพ.....
..... (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนัก
สังคมสงเคราะห์)
๕.๑ ประสบการณ์ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน
ระบุ
- ๕.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....

.....

๖. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ ๖.๑ ผู้ป่วยนอก

☐ ๖.๒ ผู้ป่วยใน

☐ ๑) จำนวนผู้ป่วยไม่ถึง ๕๐ คน ต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัย ผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ระบุ.....

☐ ๒) จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ ๕๐ คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อย ๑ คน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมใน การให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน วันละ อย่างน้อย ๒ ชั่วโมง จำนวน.....คน

ชื่อ-สกุล

ชื่อ-สกุล.....

๗. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับวิชาชีพทางด้านการแพทย์ หรือการ พยาบาล หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือการสาธารณสุขหรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการกำหนด **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

.....

๘. ลักษณะของสถานที่ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๘.๑ จำนวนอาคารต่างๆหลัง

- ☐ ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง
- ☐ ตึกหรืออาคารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกจำนวน..... หลัง
- ☐ หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกัน จำนวน..... หลัง
- ☐ หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน หลัง/จุได้ คน
- ห้องพักเดี่ยว จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ☐ มี ☐ ไม่มี ระบุที่ใช้.....
- ห้องพักร่วม จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ☐ มี ☐ ไม่มีระบุที่ใช้.....
- ห้องพักรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน มีห้องน้ำและห้องส้วม จำนวน..... ห้อง
- ☐ อาคารฝึกอาชีพและอาชีพบำบัดจำนวน..... หลัง
- ☐ อื่นๆ.....

๘.๒ สถานที่เพื่อการทำการกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู

- ๑) ห้อง/สถานที่ให้คำปรึกษา จำนวน.....ห้อง
- ๒) สถานที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกัน
- ☐ มี ☐ ไม่มี ระบุ.....
- ๓) สถานที่รับประทานอาหาร
- ☐ มี ☐ ไม่มี ระบุ.....
- ๔) การจัดบริการห้องส้วมในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๔.๑) จำนวนห้องส้วม จำนวน.....ห้อง/ผู้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน.....คน
- ๔.๒) ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ/ผู้สูงอายุ จำนวน.....ห้อง
- ๕) สถานที่ออกกำลังกาย ระบุ.....
- ๖) อื่นๆ ระบุ.....

๘.๓ ระบบรักษาความปลอดภัย

- ๑) เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของสถานฟื้นฟูฯตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ☐ มี จำนวน..... คน ☐ ไม่มี ระบุการดำเนินการ.....
- ๒) ระบบป้องกันอัคคีภัย
- ☐ สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ ☐ ติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร
- ☐ มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ ☐ เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมซ้อมแผนอัคคีภัย
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ๓) ติดกล้องวงจรปิด
- ☐ มี จำนวน.....จุด ☐ ไม่มี
- ๔) รั้วกันบริเวณ
- ☐ มี ☐ ไม่มีระบุ.....
- ๕) อื่นๆ(ถ้ามี) ระบุ.....

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เหมาะสม และเพียงพอในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลพร้อมใช้งาน(โปรดระบุ)

.....
.....

๑๐. มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (โปรดระบุคร่าวๆและแนบแผนหรือคู่มือการบำบัดฟื้นฟู)

.....
.....

๑๑. ความพร้อมในการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสม

- ☐ มี ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....
☐ ไม่มีแนวทางปรับปรุง.....

๑๒. จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดและการบันทึก

- ☐ มี ระบุ.....
☐ ไม่มี แนวทางปรับปรุง.....

๑๓. งบประมาณและเงินสนับสนุน

- ☐ ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
☐ ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา)
☐ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

๑๔. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

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

๑๕. หน่วยงานสนับสนุน

- ☐ มี ได้แก่
☐ ไม่มี

เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ผู้ขอเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกเอกสารจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เอกสารหมายเลข ๓)

- ๑.๑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นขอจัดตั้ง
๑.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอจัดตั้ง
๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
๑.๔ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณ

.....

ใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS

๑.๕ ใบรับรองแพทย์ผู้ยื่นขอจัดตั้ง

๑.๖ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)

๑.๗ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

๑.๘ เอกสารผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

๑.๘.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๘.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๘.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถาน

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๘.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

อย่างน้อย ๖ เดือน

๑.๙ เอกสารที่ปรึกษาสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

๑.๙.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๙.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๙.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถาน

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๙.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ปี

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

๑.๑๐.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๑๐.๒ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๑๐.๓ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ (ของผู้ประกอบวิชาชีพ)

๑.๑๑ เอกสารแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑.๑๑.๑ แผนหรือคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟู ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่

๑.๑๑.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นอย่างเหมาะสม

๑.๑๒ รายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

.....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: การยื่นคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อ สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้งและ
ดำเนินการต่อไป