

แบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล

.....

ประเภท

1. รพศ.       2. รพท.       3. รพช.       4. รพ.ส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ

.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร

.....

**คำชี้แจง**

- แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
- แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 2 หน้า แบ่งการประเมินเป็น 7 หัวข้อ คือ บุคลากร การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย ลักษณะของรถเข็น ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
1	บุคลากร			
1.1	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
1.2	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข			
2	การคัดแยกมูลฝอย			
2.1	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด			
2.2	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุ <b>มีคม</b> และวัสดุ <b>ไม่มีคม</b>			
3	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ			
3.1	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <b>มีคม</b> มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกีดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้			
3.2	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <b>ไม่มีคม</b> มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม			

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
3.3	มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ			
3.4	มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <b>ไม่มีคม</b> บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น			
3.5	มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุ <b>มีคม</b> บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง			
3.6	ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ( ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
<b>4</b>	<b>การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</b>			
4.1	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วยถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน			
4.2	ใช้รถเข็นเคลื่อนย้าย ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย			
4.3	มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน			
4.4	มีการทำความสะอาด รถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย			
<b>5</b>	<b>ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ</b>			
5.1	มีพื้นและผนัง ทึบ ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิด ป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้			
5.2	มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า "รถเข็น มูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น"			
5.3	มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกหล่นประจำรถเข็น			
<b>6</b>	<b>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</b>			
6.1	เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด			
6.2	พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและ มีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค			
6.3	มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน			
6.4	มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้			
6.5	มีรางหรือท่อระบายน้ำเสีย เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย			
6.6	มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ” ไว้ที่ หน้าห้องหรือหน้าอาคาร			

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
7	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
7.1	กรณี ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง			
	7.1.1 ได้รับความเห็นชอบจากราชาการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้			
	7.1.2 ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ขณะปฏิบัติงาน			
	7.1.3 กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้อง เหมมูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้			
7.2	กรณี ให้ผู้อื่นกำจัดให้			
	7.2.1 มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอย ติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่อย่างถูกต้อง			

ผลการประเมิน

- ผ่าน  
 ไม่ผ่าน

ลายมือชื่อผู้ประเมิน .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน ...../...../.....