

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ : 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. ที่อยู่	ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ () สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ () ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.
3. เขตสุขภาพที่.....	() รพศ. (ระบุชื่อ รพ.).....
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	() รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....
5.สังกัด () สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) () กรม (ระบุ) () อื่นๆ (ระบุ)	() ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) () ศูนย์บริการสาธารณสุข () สถานบริการสาธารณสุขชุมชน () อื่นๆ (ระบุ)
7. อัตรากำลังของบุคลากร 7.1 ข้าราชการจำนวน คน 7.2 พนักงานราชการ จำนวน คน 7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน คน 7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน คน 7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน 7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน คน รวมทั้งหมด คน	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้ 8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน คน 8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน คน 8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน..... .คน 8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน..... คน 8.5 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ จำนวน..... คน นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จำนวน..... คน 8.6 แพทย์แผนไทย จำนวน.....คน 8.7 อื่นๆ เช่น จำนวน คน รวมทั้งหมด คน

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ

งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว	() มี	() ไม่มี
2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ	() มี	() ไม่มี
3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)	() มี	() ไม่มี
4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	() มี	() ไม่มี
5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	() มี	() ไม่มี

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ

ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
1. บุคลากร ☆						
1	1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ <ul style="list-style-type: none">ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม 1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม <ul style="list-style-type: none">มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนพนักงาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนพนักงานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการ(โดยดูหลักฐานการให้บริการในรอบ 1 ปีย้อนหลังนับจากวันประเมิน)	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน
2	1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none">คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน
3	1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพวง.วิทย์ฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ตติยภูมิ <ul style="list-style-type: none">มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้	1	มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่ มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none">พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ	1	แยกเป็นสัดส่วน	มีบางส่วน	ไม่แยกเป็นสัดส่วน	ดู,สังเกต,ถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none">พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้	1	จัดวางในพื้นที่มั่นคง ใช้งานสะดวก	มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต,ถาม,ลองขยับ

3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
3.1 วัสดุน้ำยา						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บ วัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none">ต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย หมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ ข้อมูลตรงกับของที่มีอยู่ในคลังจัด เก็บในอุณหภูมิถูกต้อง ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอระบบการคัดเลือก หลักฐานการจัดซื้อวัสดุ	2	มีระบบและ หลักฐานการ เบิกจ่าย	หลักฐานการ เบิกจ่ายไม่ สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการ เบิกจ่าย	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและ ตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none">มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสาร กำกับน้ำยา	1	มีระบุไม่หมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต,ถาม
3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none">ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลข ทรัพย์สิน กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ ครบถ้วน	1	มีครบตาม ข้อกำหนด	มีบางส่วน	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none">สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาศัยข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ ต้อง รวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงาน ห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบ เทอร์โมมิเตอร์ด้วย	1	มีครบตาม ข้อกำหนด	มีบางส่วน	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม

3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
10	<p>3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ ● เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ ● นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้ งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละคำต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง ● มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) 	3	มีครบตามข้อกำหนด	มีบางส่วน	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
		3	มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หยิบดู ทดสอบ สังเกต,ถาม ดูเอกสารหรือ stickerแสดง
	3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว					
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือด ไม่หมดอายุ	1	มีและไม่หมดอายุ	มีและมีหมดอายุ บางส่วน	ไม่มีหรือไม่หมดอายุ	หยิบดู,สังเกต, ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู ,สังเกต,ถาม
	3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ					
13	3.4.1 มีแถบวัด Sugar,Protein ในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและไม่หมดอายุ	มี และมีหมดอายุ บางส่วน	ไม่มีหรือไม่หมดอายุ	หยิบดู,สังเกต, ถาม
	3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)					
14	3.5.1 มีแถบทดหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและไม่หมดอายุ	มี และมีหมดอายุ บางส่วน	ไม่มีหรือไม่หมดอายุ	หยิบดู,สังเกต, ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> ● ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีที่มีฟองอากาศแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข 	1	มี สะอาดแห้ง ใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือไม่ สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
	3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)					
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้อง	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม

	เป็นโลหะ					
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่าน สำหรับ (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มี พิวส์สำหรับหรือมีระบบสำหรับ (หรือระบบสำหรับเครื่องมือที่ พร้อมให้บริการในพื้นที่) ● เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำหรับ เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำหรับแปรง ถ่าน	1	มีตรวจสอบและมี สำหรับประจำ เครื่องหรือมีระบบ สำหรับ	มีการตรวจสอบ แต่ไม่มีสำหรับ ประจำเครื่อง หรือไม่มีระบบ สำหรับ	ไม่มีการ ตรวจสอบ	คู่มือสาร ,สังเกต,ถาม
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดง ที่ปลายหลอด) ● capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่ หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)	1	มีและไม่หมดอายุ	—	ไม่มีหรือมีแต่ หมดอายุ	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และ คุณภาพพร้อมใช้ ● ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่ หลุด ไม่ใช่สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง	1	มี ลักษณะใช้งาน ได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้ งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancetหรือ เข็มเฉพาะเจาะ ปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็ม เจาะแขนมาเจาะ ปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็ว รอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกา จับเวลา	1	มีและสอบเทียบ อย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบ เทียบ	ไม่มี	ดู เอกสารหรือ stickerสอบเทียบ สังเกต ถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บ ตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการ เก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที ● ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้	2	มีคู่มือและเป็น ปัจจุบัน	มีคู่มือแต่ไม่เป็น ปัจจุบัน	ไม่มี	คู่มือสาร,สังเกต, ถาม
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลข ประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ ● กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-	1	มีครบตามกำหนด	มีแต่ไม่มี รายละเอียดครบ ตามที่ระบุ	ไม่มี	หยิบดู ถาม

	นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ					
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บ เลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้ง เดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่ สะอาดไม่แห้งไม่ ใช้ครั้งเดียว	หีบดู ถาม
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบ ส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลา ที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none">กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณี ส่งต่อให้ รพ.พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น	1	มี รายละเอียด ครบ	มีแต่รายละเอียด ไม่ครบ	ไม่มี	หีบดู ถาม
5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิด ให้บริการ <ul style="list-style-type: none">คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมี เอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ	2	มีครบทุกการ ทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หีบดู ตรวจสอบ ถาม
27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none">สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจ วิเคราะห์ 1 คนเพื่อสาธิตการทดสอบทั้ง 4 รายการ	2	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตาม ขั้นตอน หรือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือ บรรยายขั้นตอน สังเกต,ถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆						
28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคุมกับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none">ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งกรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQCโดย บันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &process)ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC	3	ทำIQC ทุกการ ทดสอบความถี่ เดือนละ1ครั้ง	ทำไม่ครบหรือ ครบทุกการ ทดสอบแต่หรือ ความถี่ไม่ได้ตาม กำหนด	ไม่มีการทำIQC เลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน

6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ)☆						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none">มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขึ้นชื่อออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ	2	ทำEQAหรือLab comparisons ทุกการทดสอบ	มีแต่ทำไม่ครบ ทุกการทดสอบ	ไม่มีการทำเลย	ดู,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน
30	6.3กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none">มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ	1	มีการหาสาเหตุ แก้ไขและป้องกัน	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีการ ดำเนินการ	ขอค้นบันทึกการ ดำเนินการ
7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง					
	7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการหรืออ้างอิงตามเกณฑ์ของงาน ICและมีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	1	มีการทำลาย ตัวอย่างถูกต้อง		ไม่มีแนวทาง หรือทำไม่ถูกต้อง	ถาม ให้อธิบาย สังเกตหลักฐาน แวดล้อม
	7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ้งตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	1	มีคู่มือหรือWI		ไม่มี	ถามหาเพื่อดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง

8. การรายงานผลการทดสอบ						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none">มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT,น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมาอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คน ช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนนทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย	2	มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามหาเพื่อดูตรวจสอบความถูกต้อง
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none">กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อดูตรวจสอบความถูกต้อง
34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none">เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี	1	มีสำเนารายงานผล		ไม่มี	ถามหาเพื่อดูตรวจสอบความถูกต้อง
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามหาเพื่อดูตรวจสอบความถูกต้อง
รวม						
ผลรวมคะแนน						
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล						
คะแนนเต็ม						
คะแนนที่ได้						
คิดเป็นร้อยละ						

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- วันที่ให้ข้อมูล
- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง

- ★ หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ 1 3 5 และ 6 ต้องไม่ได้คะแนน 0 (ศูนย์) ถ้ามีคะแนน 0 (ศูนย์) ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของหมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี ข้อ 1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ได้คะแนน 0 (ศูนย์)
- ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
- แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
- การจัดทำ IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
- การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบ เครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัดหรืออาจใช้ known Control ทำเป็นครั้งคราว ควบคุมไปด้วยก็ได้
- การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
 - การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
 - การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
 - การสุ่มตรวจรายงานผล
 - การส่งต่อตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย
 - กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
 - การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
 - การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....
.....
.....