

โรงพยาบาล .....	รหัส 5 หลัก .....	จังหวัด .....
ประเภทโรงพยาบาล ( ) A ( ) S ( ) M1 ( ) M2 ( ) F1 ( ) F2 ( ) F3 ( ) อื่นๆ..... จำนวนเตียง ..... เตียง		
( ) การประเมินตนเอง ( ) การประเมิน Internal audit ( ) การประเมิน External audit /Assessment		ตรวจประเมินวันที่ .....

## แบบตรวจประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (Checklist X-ray) ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุผลตามความเป็นจริง โดยใส่หมายเลข 1 ดังนี้ มีครบ มีบางส่วน ไม่มีหรือไม่ดำเนินการ และไม่เกี่ยวข้อง (n/a) รวมทั้งระบุรายละเอียด หรือ หลักฐานที่ดำเนินการสอดคล้องตามระบบคุณภาพ และรายละเอียดที่ไม่สอดคล้องให้ครบทุกข้อ รวมทั้ง ช่อง n/a ที่เป็น สีเข้ม หรือ ■ แสดงว่า เป็นข้อที่ไม่ให้ระบุ n/a

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
<b>1. องค์กรและการบริหาร</b>						
1	1.1 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีการบริหารจัดการ โดยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีการจัดทำแผนผังและแสดงการบริหารภายในองค์กร					
2	1.2 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ในการป้องกันข้อมูลที่เป็นความลับ และสิทธิของผู้ป่วย และด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ					
3	1.3 มีการศึกษาข้อมูลและสถิตินำมาเป็นตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน และมีแผนปรับปรุงคุณภาพ(Quality Improvement) โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาดำเนินการและเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นจะต้องรายงานผล ให้ผู้บริหารรับทราบ มีการสำรวจความพึงพอใจการให้บริการ ทั้งภายในและภายนอก					
<b>2. บุคลากร</b>						
4	2.1 มีบุคลากรทางด้านวิชาชีพรังสี ปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาที่ให้บริการ					
5	2.2 มีผลการประเมินความสามารถด้านวิชาการในการปฏิบัติงานด้านรังสี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
6	2.3 มีการกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากร ในห้องปฏิบัติการทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร (Job description)					
7	2.4 มีแผนพัฒนาบุคลากรและรายงานผลการดำเนินการตามแผน และมีนโยบายให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
8	2.5 มีการจัดทำประวัติการฝึกอบรมของบุคลากร					
<b>3. เครื่องมือและอุปกรณ์</b>						
9	3.1 เครื่องมือทางรังสีวิทยาที่อยู่ในการควบคุมของแผนกรังสีวิทยา ต้องมีสภาพพร้อมใช้งาน และเพียงพอต่อการให้บริการของโรงพยาบาล และต้องได้มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย มีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ					
10	3.2 ระบบไฟฟ้าสำหรับห้องตรวจทางรังสีต้องได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย มีแผงควบคุมเฉพาะ มีตู้ควบคุมระบบไฟ พร้อมทั้งมีการตรวจเช็คเป็นประจำ					

\*\*\* เอกสารสำคัญ โปรดนำส่งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ \*\*\*

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
11	3.3 มีอุปกรณ์ประกอบที่ใช้ถ่ายภาพรังสีพร้อมใช้งาน ไม่ชำรุด ได้แก่ - เตียงเอกซเรย์ - คาสเซท/สกรีน แผ่นรับภาพ - Chest Bucky Stand - กริด/กริดคาสเซท - อุปกรณ์ช่วยในการถ่ายภาพ เช่น ที่จับฟิล์มคาสเซ็ต - อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนัก					
12	3.4 มีอุปกรณ์ป้องกันรังสีสามารถป้องกันรังสีได้ มีสภาพดี จำนวนเพียงพอ ตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น - เสื้อยางผสมตะกั่ว 1 ตัว/ห้องเอกซเรย์ - Thyroid Shield/Gonad Shield 1 อัน/ห้องเอกซเรย์ - ถุงมือยางผสมตะกั่ว - แวนตากันรังสี - ฉากตะกั่ว <b>ในกรณี MRI ให้มีอุปกรณ์ เช่น</b> - อุปกรณ์เฝ้าดูผู้ป่วย (Patient monitor) - อุปกรณ์ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Intercom) - อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ได้ - อุปกรณ์อุดหูผู้ป่วย (เพื่อไม่ให้ได้รับเสียงดังเกินกำหนด)					
13	3.5 มีอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสะอาด พร้อมใช้งาน					
14	3.6 เสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยใส่ต้องสะอาด และเพียงพอ ไม่ใช้ซ้ำ สภาพดี มีที่จัดเก็บแยกก่อนและหลังใช้งาน ถึงใส่เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว ต้องมีฝาปิดมิดชิด					
15	3.7 วัสดุและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วย มีคุณภาพ (ตามบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล) *มีบันทึกการเบิกจ่ายพัสดุ และ First expire date, First out					
<b>4. การประกันคุณภาพ</b>						
16	4.1 มีแผนการควบคุมคุณภาพเครื่องมือทางรังสีวิทยาครอบคลุมทุกรายการ ตามมาตรฐานเครื่องมือทางรังสีวิทยา					
17	4.2 กรณีการสร้างภาพแบบฟิล์ม 4.2.1 มีการควบคุมคุณภาพกระบวนการล้างฟิล์ม (Film processing) 4.2.2 มีการควบคุมคุณภาพห้องล้างฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ห้องล้างฟิล์ม สะอาด แห้ง ไม่มีแสงรั่ว และไม่มีกลิ่นสารเคมีที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ 4.2.3 มีการทดสอบคุณภาพตู้ส่องดูฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
18	4.3 กรณีสร้างภาพแบบดิจิตอล มีขบวนการควบคุมคุณภาพ ขั้นพื้นฐาน ดังนี้ 4.3.1 มีการทดสอบคุณภาพจอภาพ (Displayed monitor) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี 4.3.2 มีการทดสอบประสิทธิภาพการลบสัญญาณ (Erasure plate) ทุก 48 ชั่วโมง 4.3.3 มีการประเมินระดับสัญญาณรบกวนภายใน / สัญญาณมืด (Dark noise) 6 เดือน/ครั้ง					
19	4.4 มีการวิเคราะห์คุณภาพภาพถ่ายรังสี อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำพร้อมแผนการแก้ไข อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 เดือน มีอัตราฟิล์มเสีย และ/หรืออัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ไม่เกินร้อยละ 8					<ระบุ ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ ถึงปีปัจจุบัน มีอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ร้อยละเท่าไร>

\*\*\* เอกสารสำคัญ โปรดนำเสนอสำนัมาตรฐานห้องปฏิบัติการ \*\*\*

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
20	4.5 มีการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ป้องกันรังสี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
<b>5. การควบคุมเอกสาร</b>						
21	5.1 มีบัญชีรายชื่อเครื่องมือ รวมทั้งประวัติครุภัณฑ์เครื่องมือทางรังสี					
22	5.2 มีคู่มือการใช้งานประจำเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ และมีเอกสารบันทึกประวัติการบำรุงรักษา (Preventive maintenance) หรือซ่อมบำรุง (Corrective maintenance) อย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกทุกครั้ง และเป็นปัจจุบัน					
23	5.3 ภาพถ่ายรังสี/ไฟล์ภาพถ่ายทางรังสีของผู้รับบริการถูกเก็บในสถานที่ที่มีการป้องกันการเข้าถึงของผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต					
<b>6. สถานที่และสิ่งแวดล้อม</b>						
24	6.1 ห้องตรวจทางรังสีมีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการที่นั่งรถเข็น และผู้รับบริการที่นอนบนเตียง เพื่อเข้ารับบริการ					
25	6.2 ผนังทุกด้านและประตูห้อง ผนังกันจุดควบคุมการฉายรังสี (Control booth) อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม มีช่องมองผู้รับบริการที่สามารถมองเห็นผู้รับบริการได้ชัดเจน สามารถป้องกันรังสีได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีการแสดงปริมาณรังสี ในตำแหน่งที่เห็นได้อย่างชัดเจน เพื่อเตือนให้บุคคลทั่วไปได้รับทราบ					
26	6.3 ภายในห้องตรวจทางรังสีมีความสว่างเพียงพอ และภายใต้บริเวณจุดที่ผู้รับบริการรับการถ่ายภาพเอกซเรย์ เมื่อทำการกำหนดขนาดลำรังสี ต้องสามารถมองเห็นขนาดลำรังสีได้ชัดเจน					
27	6.4 มีพื้นที่รองรับบริการเป็นสัดส่วน มีป้ายบอกชัดเจน เช่น ส่วนรอรับบริการ ส่วนนัดผู้รับบริการ					
28	6.5 มีพื้นที่ลงทะเบียน เพื่อติดต่อกับผู้รับบริการที่สามารถมองเห็นผู้รอรับบริการได้ชัดเจน เป็นสัดส่วน					
29	6.6 มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าที่มีประตูล็อก และปุ่มสัญญาณให้ผู้รับบริการกด กรณีฉุกเฉิน มีอากาศถ่ายเทสะดวก					
30	6.7 หากมีบริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัยด้วยสารเปรียบต่าง ต้องมีพื้นที่เตรียมสารเปรียบต่างและพื้นที่ทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ มีห้องสุขาข้างในหรือใกล้ห้องตรวจที่มีปุ่มสัญญาณฉุกเฉินสำหรับผู้รับบริการ					
31	6.8 มีพื้นที่/ห้องเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุ เป็นสัดส่วน เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการควบคุมคุณภาพ วัสดุและอุปกรณ์ป้องกันรังสี เป็นต้น					
32	6.9 ห้องตรวจทางรังสี พื้นที่ลงทะเบียน พื้นที่รองรับบริการ ห้องล้างฟิล์ม ห้องอ่านภาพถ่ายรังสี ห้องพักเจ้าหน้าที่ มีระบบระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์ข้อกำหนดทางอาชีวอนามัยและการป้องกันการติดเชื้อ					
<b>7. ความปลอดภัย</b>						
7.1 ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี						
33	7.1.1 ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีทุกคน มีอุปกรณ์วัดรังสีบุคคลและมีการบันทึกปริมาณรังสีที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน					
34	7.1.2 ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี เช่น ผู้ช่วยนักรังสี พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานที่แผนก เป็นต้น ต้องได้รับการฝึกอบรม/การศึกษา เรื่องการป้องกันอันตรายจากรังสี					
35	7.1.3 มีการให้ความรู้ เรื่อง การป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง					

\*\*\* เอกสารสำคัญ โปรดนำเสนอสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ \*\*\*

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
36	7.1.4 มีการอบรมและการซ่อมแผน/หรือการเตรียมรับมือ ด้าน อักตึภัย/ภัยธรรมชาติ หรืออุบัติเหตุ					
37	7.1.5 มีวัสดุและเวชภัณฑ์ด้านความปลอดภัยให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน น้ำยาล้างมือ น้ำยาทำความสะอาด พร้อมทั้งจัดเก็บที่สะอาดและเป็นระเบียบ (5ส)					
7.2 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ						
38	7.2.1 มีระบบการเฝ้าระวังดูแลผู้รับบริการขณะรอรับบริการอยู่ในพื้นที่ ขณะให้บริการถ่ายภาพรังสี และขณะเคลื่อนย้ายส่งต่อ ผู้รับบริการ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างเหมาะสม					
39	7.2.2 การเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีต้องได้รับการฝึกอบรมการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง					
40	7.2.3 เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ (ระหว่างงานรังสีวินิจฉัย กับห้องฉุกเฉิน หรือตึกผู้รับบริการนอก) สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวาง ปลอดภัย มีทางลาดที่สามารถให้ผู้รับบริการนั่งรถเข็น และนอนเตียงมารับบริการได้อย่างสะดวก					
41	7.2.4 มีการจัดการความเสี่ยงให้กับผู้รับบริการ (Risk Management) กรณีผู้รับบริการตั้งครรภ์ การใช้สารเปรียบต่าง การติดเชื้อ การได้รับปริมาณรังสีเกินความจำเป็น เป็นต้น มีหลักฐานการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง ประจำปีของแผนก รวมทั้งการติดตามและรายงานผล					
7.3 กรณีที่มีการใช้สารเปรียบต่าง						
42	7.3.1 มีแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้สารเปรียบต่าง					
43	7.3.2 มีหลักฐานการคัดกรองผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้บริการเบาหวาน ผู้รับบริการสูงอายุและอื่นๆ					
44	7.3.3 มีการวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ก่อนการตรวจพิเศษทางรังสีทุกครั้ง					
45	7.3.4 มีแนวทางปฏิบัติกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินจากสารเปรียบต่าง ขณะให้บริการรังสีวินิจฉัย					
7.4 หน่วยให้บริการ						
46	7.4.1 มีระบบป้องกันอันตรายจากรังสี และแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่มารับบริการ					
47	7.4.2 มีระบบป้องกันอันตรายจากเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่มารับบริการ					
48	7.4.3 มีการประเมินค่าปริมาณรังสีที่ผู้รับบริการได้รับจากการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยอย่างเหมาะสม					
49	7.4.4 มีกระบวนการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อครอบคลุมตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ					
50	7.4.5 มีการใช้อุปกรณ์จำกัดลำรังสี (Collimator) เฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจที่สามารถใช้งานได้ และได้มาตรฐาน (กรณีซ่อมแซม Collimator ให้ใช้ข้อกำหนดตามข้อ 3.1)					
51	7.4.6 มีการป้องกันรังสีให้ญาติ หรือผู้ติดตามในกรณีที่ต้องให้จับผู้รับบริการ ด้วยอุปกรณ์ เช่น เสื้อยางผสมตะกั่ว เป็นต้น					
52	7.4.7 มีมาตรการในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการซักซ้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

\*\*\* เอกสารสำคัญ โปรดนำเสนอสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ \*\*\*

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
53	7.4.8 มีการติดตั้งระดับเพลิงที่เหมาะสม พร้อมใช้งานและมีการตรวจสอบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือตามระยะเวลาที่ผู้ผลิตกำหนด ติดป้ายแสดงผลการตรวจสอบ					
54	7.4.9 มีป้ายทางหนีไฟที่เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลากลางวัน					
55	7.4.10 มีระบบไฟฟ้าสำรอง เพื่อให้แสงสว่างฉุกเฉินเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานถึงจุดที่ให้บริการ อย่างน้อย 1 จุด					
56	7.4.11 กรณีใช้น้ำยาล้างฟิล์ม ให้มีแนวทางการกำจัดน้ำยาล้างฟิล์มอย่างถูกต้องก่อนปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม (กรณีเครื่องเอกซเรย์ฟัน)					
<b>8. กระบวนการให้บริการทางรังสี</b>						
57	8.1 มีคู่มือการปฏิบัติงานทางรังสีสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี					
58	8.2 มีตารางเทคนิคการให้ปริมาณรังสี (Technical/Exposure chart) หรือโปรโตคอล (Protocol) ติดตั้งอยู่ในพื้นที่ หรือห้องควบคุมเครื่องกำเนิดรังสี หรือในโปรแกรมของเครื่อง เพื่อผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานได้					
59	8.3 มีใบ request ที่ส่งให้ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี หรือเอกสารลงทะเบียนการให้บริการทางรังสี โดยระบุข้อร้องเรียนในการขอตรวจของแพทย์ในใบสั่งเอกซเรย์ เพื่อให้บริการที่ถูกต้อง					
60	8.4 การให้บริการทางรังสี มีการซักประวัติ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการ และเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ รวมถึง การป้องกันรังสีให้ผู้รับบริการและปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังดูแลผู้รับบริการ					
61	8.5 มีการทวนสอบผู้รับบริการในวัยเจริญพันธุ์ ถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ทุกครั้ง และมีแนวทางในการถ่ายภาพรังสีผู้รับบริการตั้งครรภ์					
62	8.6 มีระบบสื่อสารภายในแผนก และระหว่างแผนกหรือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ					
63	8.7 ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการถ่ายภาพรังสี (เอกซเรย์ทั่วไป,เอกซเรย์เต้านม) จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการ และ/หรือ ญาติ ปฏิบัติตามได้					
64	8.8 การให้บริการตรวจพิเศษทางรังสี การนัดผู้รับบริการ มีการอธิบายและให้คำแนะนำที่จำเป็น และมีกระบวนการในการติดตามผู้รับบริการ เพื่อรับการตรวจตามนัด					
65	8.9 การตรวจพิเศษทางรังสี ผู้รับบริการได้รับการทวนสอบความเข้าใจขั้นตอนการตรวจพิเศษต่าง ๆ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง					
66	8.10 การตรวจพิเศษทางรังสีที่มีการใช้สารเปรียบต่าง กระทำโดยแพทย์					
67	8.11 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เช่น ภาพทางรังสี ผลการวินิจฉัยของรังสีแพทย์ ทั้งระหว่างแผนกและระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ					
<b>9. การรายงานผล</b>						
68	9.1 มีการควบคุมคุณภาพภาพถ่ายทางรังสีที่ได้จากการรับบริการก่อนส่งมอบให้แพทย์					
69	9.2 ขອງพร้อมภาพถ่ายทางรังสี มีข้อมูลผู้รับบริการและรายละเอียดที่จำเป็น และถูกต้อง					
<b>10. การตรวจติดตามภายในและประเมินผล</b>						

\*\*\* เอกสารสำคัญ โปรดนำส่งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ \*\*\*

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
70	10.1 ห้องปฏิบัติการต้องนำข้อมูลการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ ผลการตรวจติดตามระบบบริหารคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal audit) การปฏิบัติแก้ไข การป้องกัน โอกาสเสี่ยงการเกิดซ้ำ มาเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแผนพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง					

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				

สรุปผลการตรวจประเมินรายหัวข้อ

ที่	ข้อกำหนด	จำนวนข้อ (ข้อ)				
		N/A	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รวม
1	หัวข้อที่ 1 องค์กรและการบริหาร					3
2	หัวข้อที่ 2 บุคลากร					5
3	หัวข้อที่ 3 เครื่องมือและอุปกรณ์					7
4	หัวข้อที่ 4 การประกันคุณภาพ					5
5	หัวข้อที่ 5 การควบคุมเอกสาร					3
6	หัวข้อที่ 6 สถานที่และสิ่งแวดล้อม					9
7	หัวข้อที่ 7 ความปลอดภัย					24
8	หัวข้อที่ 8 กระบวนการให้บริการทางรังสี					11
9	หัวข้อที่ 9 การรายงานผล					2
10	หัวข้อที่ 10. การตรวจติดตามภายในและประเมินผล					1
	รวม					70

ลงนามผู้ตรวจประเมิน

- ชื่อ-นามสกุล.....เลขทะเบียน ..... หัวหน้าผู้ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....
- ชื่อ-นามสกุล.....เลขทะเบียน ..... ผู้ตรวจประเมินด้านวิชาการ  
ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....