

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/o) รวมทั้งระบุรายละเอียด หรือหลักฐาน
ที่ดำเนินการสอดคล้องตามระบบคุณภาพ และรายละเอียดที่ไม่สอดคล้องให้ครบทุกข้อ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
1. องค์กรและการบริหาร						
1	1.1 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีการบริหารจัดการ โดยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีการจัดทำแผนผังและแสดงการบริหารภายในองค์กร					
2	1.2 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ในการป้องกันข้อมูลที่เป็นการลับ และสิทธิของผู้ป่วย และด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ					
3	1.3 มีการศึกษาข้อมูลและสถิตินำมาเป็นตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน และมีแผนปรับปรุงคุณภาพ(Quality Improvement) โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาดำเนินการและเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นจะต้องรายงานผล ให้ผู้บริหารรับทราบ มีการสำรวจความพึงพอใจการให้บริการ ทั้งภายในและภายนอก					
2. บุคลากร						
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					
3. เครื่องมือและอุปกรณ์						
9	3.1 เครื่องมือทางรังสีวิทยาที่อยู่ในการควบคุมของแผนกรังสีวิทยา ต้องมีสภาพพร้อมใช้งาน และเพียงพอต่อการให้บริการของโรงพยาบาล และต้องได้มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย มีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ					
10	3.2 ระบบไฟฟ้าสำหรับห้องตรวจทางรังสีต้องได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย มีแผนควบคุมเฉพาะ มีผู้ควบคุมระบบไฟ พร้อมทั้งมีการตรวจเช็คเป็นประจำ					

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
11	3.3 มีอุปกรณ์ประกอบที่ใช้ถ่ายภาพรังสีพร้อมใช้งาน ไม่ชำรุด ได้แก่ - เติงเอกซเรย์ - คาสเซท/สกรีน แผ่นรับภาพ - Chest Bucky Stand - กริด/กริดคาสเซท - อุปกรณ์ช่วยในการถ่ายภาพ เช่น ที่จับฟิล์มคาสเซต - อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนัก					
12	3.4 มีอุปกรณ์ป้องกันรังสีสามารถป้องกันรังสีได้ มีสภาพดี จำนวนเพียงพอ ตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น - เสื้อยางผสมตะกั่ว 1 ตัว/ห้องเอกซเรย์ - Thyroid Shield/Gonad Shield 1 อัน/ห้องเอกซเรย์ - ถุงมือยางผสมตะกั่ว - แว่นตากันรังสี - ฉากตะกั่ว ในกรณี MRI ให้มีอุปกรณ์ เช่น - อุปกรณ์เฝ้าผู้ป่วย (Patient monitor) - อุปกรณ์ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Intercom) - อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ได้ - อุปกรณ์อุดหูผู้ป่วย (เพื่อไม่ให้ได้รับเสียงดังเกินกำหนด)					
13	3.5 มีอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสะอาด พร้อมใช้งาน					
14	3.6 เสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยใส่ต้องสะอาด และเพียงพอ ไม่ใช่ซ้ำสภาพดี มีที่จัดเก็บแยกก่อนและหลังใช้งาน ถังใส่เสื้อผ้าที่ใช้แล้วต้องมีฝาปิดมิดชิด					
15	3.7 วัสดุและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วย มีคุณภาพ (ตามบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล) *มีบันทึกการเบิกจ่ายพัสดุ และ First expire date, First out					
4. การประกันคุณภาพ						
16	4.1 มีแผนการควบคุมคุณภาพเครื่องมือทางรังสีวิทยาครอบคลุมทุกรายการ ตามมาตรฐานเครื่องมือทางรังสีวิทยา					
17	4.2 กรณีการสร้างภาพแบบฟิล์ม 4.2.1 มีการควบคุมคุณภาพกระบวนการล้างฟิล์ม (Film processing) 4.2.2 มีการควบคุมคุณภาพห้องล้างฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ห้องล้างฟิล์ม สะอาดแห้ง ไม่มีแสงรั่ว และไม่มีกลิ่นสารเคมีที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ 4.2.3 มีการทดสอบคุณภาพตู้ส่งดูฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
18	4.3 กรณีสร้างภาพแบบดิจิทัล 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 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ พร้อมแผนการแก้ไข อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 เดือน มีอัตราฟิล์มเสีย และ/หรืออัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ไม่เกินร้อยละ 8					<ระบุ ตค64-กย65 ถึงปัจจุบัน มีอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ร้อยละเท่าไร>

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
20	4.5 มีการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ป้องกันรังสี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
5. การควบคุมเอกสาร						
21	5.1 มีบัญชีรายชื่อเครื่องมือ รวมทั้งประวัติครุภัณฑ์เครื่องมือทางรังสี					
22	5.2 มีคู่มือการใช้งานประจำเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ และมีเอกสารบันทึกประวัติการบำรุงรักษา (Preventive maintenance) หรือซ่อมบำรุง (Corrective maintenance) อย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกทุกครั้ง และเป็นปัจจุบัน					
23	5.3 ภาพถ่ายรังสี/ไฟล์ภาพถ่ายทางรังสีของผู้รับบริการถูกเก็บในสถานที่ที่มีการป้องกันการเข้าถึงของผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต					
6. สถานที่และสิ่งแวดล้อม						
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 มีพื้นที่รอรับบริการเป็นสัดส่วน 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 พื้นที่รอรับบริการ ห้องล้างฟิล์ม ห้องอ่านภาพถ่ายรังสี ห้องพักเจ้าหน้าที่ มีระบบระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์ข้อกำหนดทางอาชีวอนามัยและการป้องกันการติดเชื้อ					
7. ความปลอดภัย						
	7.1 ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี					
33	7.1.1 ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีทุกคน มีอุปกรณ์วัดรังสีบุคคลและมีการบันทึกปริมาณรังสีที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน					
34	7.1.2 ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี เช่น ผู้ช่วยนักรังสี พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานที่แผนก เป็นต้น ต้องได้รับการฝึกอบรม/การศึกษา เรื่อง การป้องกันอันตรายจากรังสี					
35	7.1.3 มีการให้ความรู้ เรื่อง การป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง					
36	7.1.4 มีการอบรมและการซ้อมแผน/หรือการเตรียมรับมือ ด้าน อัคคีภัย/ภัยธรรมชาติ หรืออุบัติเหตุ					

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
37	7.1.5 มีวัสดุและเวชภัณฑ์ด้านความปลอดภัยให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน น้้ายาล้างมือ น้้ายาทำความสะอาด พร้อมทั้งจัดเก็บที่สะอาดและเป็นระเบียบ (5ส)					
7.2 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ						
38	7.2.1 มีระบบการเฝ้าระวังดูแลผู้รับบริการขณะรอรับบริการอยู่ในพื้นที่ ขณะให้บริการถ่ายภาพรังสี และขณะเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างเหมาะสม					
39	7.2.2 การเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีต้องได้รับการฝึกอบรมการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง					
40	7.2.3 เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ (ระหว่างงานรังสีวินิจฉัยกับห้องฉุกเฉิน หรือตึกผู้รับบริการนอก) สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางปลอดภัย มีทางลาดที่สามารถให้ผู้รับบริการนั่งรถเข็น และนอนเตียงมารับบริการได้อย่างสะดวก					
41	7.2.4 มีการจัดการความเสี่ยงให้กับผู้รับบริการ (Risk Management) กรณีผู้รับบริการตั้งครรภ์ การใช้สารเปรียบต่าง การติดเชื้อ การได้รับปริมาณรังสีเกินความจำเป็น เป็นต้น มีหลักฐานการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงประจำปีของแผนก รวมทั้งการติดตามและรายงานผล					
7.3 กรณีที่มีการใช้สารเปรียบต่าง						
42	7.3.1 มีแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้สารเปรียบต่าง					
43	7.3.2 มีหลักฐานการคัดกรองผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้บริการเบาหวาน ผู้บริการสูงอายุและอื่นๆ					
44	7.3.3 มีการวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ก่อนการตรวจพิเศษทางรังสีทุกครั้ง					
45	7.3.4 มีแนวทางการปฏิบัติกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินจากสารเปรียบต่างขณะให้บริการรังสีวินิจฉัย					
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 เสื้ออย่างผสมตะกั่ว เป็นต้น					
52	7.4.7 มีมาตรการในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการซักซ้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
53	7.4.8 มีการติดตั้งดับเพลิงที่เหมาะสม พร้อมใช้งานและมีการตรวจสอบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือตามระยะเวลาที่ผู้ผลิตกำหนด ติดป้ายแสดงผลการตรวจสอบ					

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
54	7.4.9 มีป้ายทางหนีไฟที่เห็นได้ชัดเจนแม้ในเวลาากลางคืน					
55	7.4.10 มีระบบไฟฟ้าสำรอง เพื่อให้แสงสว่างฉุกเฉินเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานถึงจุดที่ให้บริการ อย่างน้อย 1 จุด					
56	7.4.11 กรณีใช้น้ำยาล้างฟิล์ม ให้มีแนวทางการกำจัดน้ำยาล้างฟิล์มอย่างถูกต้องก่อนปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม (กรณีเครื่องเอกซเรย์ฟัน)					
8. กระบวนการให้บริการทางรังสี						
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 โดยระบุข้อบ่งชี้ในการขอตรวจของแพทย์ในใบสั่งเอกซเรย์ 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/หรือญาติ 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					
9. การรายงานผล						
68	9.1 มีการควบคุมคุณภาพภาพถ่ายทางรังสีที่ได้จากการรับบริการก่อนส่งมอบให้แพทย์					
69	9.2 ช่องพร้อมภาพถ่ายทางรังสี มีข้อมูลผู้รับบริการและรายละเอียดที่จำเป็น และถูกต้อง					
10. การตรวจติดตามภายในและประเมินผล						
70	10.1 ห้องปฏิบัติการต้องนำข้อมูลการทวนระบบบริหารคุณภาพ ผลการตรวจติดตามระบบบริหารคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal audit) การปฏิบัติแก้ไข การป้องกัน โอกาสเสี่ยงการเกิดซ้ำ มาเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแผนพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง					

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

สรุปผลการตรวจประเมินหัวข้อ

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.....