

แบบฟอร์มการตรวจสอบความพร้อมของห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ

ห้องแยกเดี่ยวชนิด Airborne Infection Isolation Room (AIIR) ห้องแยกเดี่ยวประยุกต์ (Modified)

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

กลุ่ม/งาน.....วันที่.....

รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
ส่วนที่ ๑ ระบบห้อง โดยรวม (Visual Inspection)			
๑. ห้อง Ante Room			
๑.๑ ประตูห้องปิดแบบสนิทไม่มีรูรั่ว ไม่ชำรุด			
๑.๒ มีอ่างล้างมือ และอุปกรณ์ทำความสะอาด			
๑.๓ มีที่เก็บอุปกรณ์สำหรับชุด PPE			
๑.๔ มีที่เก็บอุปกรณ์สำหรับชุดที่ไฉแลว			
๑.๕ มีถังขยะติดเชื้อภายในห้อง			
๒. ห้อง Isolation Room			
๒.๑ ประตู-หน้าต่างปิดแบบสนิทไม่มีรูรั่ว ไม่ชำรุด			
๒.๒ ระบบระบายอากาศออกที่หัวเตียงผู้ป่วย ไม่มีการอุดตันของแผงกรองอากาศ			
๒.๓ อุณหภูมิในห้อง.....°C (๒๕-๒๘ °C)			
๒.๔ ความชื้นสัมพัทธ์ในห้อง.....%RH (๔๐-๖๐ %RH)			
๒.๕ มีระบบมอนิเตอร์ภายในห้องผู้ป่วย กล้องวงจรปิด (ถ้ามี)			
๒.๖ มีสัญญาณขอความช่วยเหลือ (Nurse Call)			
๒.๗ แสงสว่างและเต้ารับไฟฟ้าใช้งานได้			
๒.๘ ระบบก๊าซทางการแพทย์			
๓. ห้องน้ำ			
๓.๑ ประตูห้องน้ำ ไม่ชำรุด			
๓.๒ ระบบระบายอากาศออกจากห้องน้ำไม่มีการอุดตันของแผงกรองอากาศ			
๓.๓ ระบบสุขาภิบาลพร้อมใช้			
ส่วนที่ ๒ ระบบปรับอากาศระบายอากาศ (Visual Inspection)			
๑. สถานะการทำงานของอุปกรณ์ในระบบ			
๑.๑ มีแผงควบคุม และชุดมอนิเตอร์ Ante/Isolate room			
๑.๒ การทำงานของชุดพัดลมระบายอากาศ			
๑.๓ การทำงานของหลอด UV			
๑.๔ ต้องมีหลอดไฟแสดงสถานะของอุปกรณ์			
๑.๕ ปล่องระบายอากาศต้องไม่มีการอุดตัน ชำรุด			
๑.๖ มีระบบเติมอากาศ ไม่มีการอุดตันของแผงกรอง			
๒. ความดันห้องแยกโรค			
๒.๑ ความดันห้อง Ante roomPa. (> - ๒.๕ Pa)			
๒.๒ ความดันห้อง Isolate roomPa. (> - ๕.๐ Pa)			
๒.๓ มาตรฐานความดัน HEPA Filterin.wg (<๒.๕ in.wg)			
๒.๔ ความพร้อมใช้ Pre Filter, Medium Filter			

รายละเอียดห้องแยกโรคที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

ลำดับที่	รายการที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข	รูปภาพประกอบ	งบประมาณที่ใช้

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ รพ.

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่