**แบบเยี่ยมตรวจการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19**

**หอผู้ป่วย/หน่วย.................................งานการพยาบาล..........................................ฝ่ายการพยาบาล**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **กิจกรรม** | **การปฏิบัติ** | **ระบุรายละเอียด** |
| **มี** | **มีบางส่วน** | **ไม่มี** |
| 1 | มีจุดคัดกรองโควิด-19 ของหน่วยงาน |  |  |  |  |
| 2 | มีอุปกรณ์ล้างมือก่อนเข้าหน่วยงาน และตามจุดต่างๆที่สะดวกต่อการเข้าถึง |  |  |  |  |
| 3 | บุคลากร และนศ.ทุกคนคัดกรองตนเองก่อนเข้าหน่วยงาน |  |  |  |  |
| 4 | มีการกำหนด contact point ของหน่วยงาน  |  |  |  |  |
| 5 | มีการทำความสะอาด contact point ทุก 4 ชั่วโมง |  |  |  |  |
| 6 | มีรายงาน Audit การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |  |
| 7 | มีการจัดแยกที่นั่งรับประทานอาหาร การรับ-ส่งเวร หรือฉากกั้น |  |  |  |  |
| 8 | จัดที่นอนคนงานเวรบ่าย-ดึก แยกกัน |  |  |  |  |
| 9 | บุคลากรทางการแพทย์จะยังไม่ให้บริการหากผู้รับบริการไม่ใส่ mask |  |  |  |  |
| 10 | มีระบบการให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยผ่าน social media |  |  |  |  |
| 11 | มีการใช้ PPE อย่างเหมาะสม |  |  |  |  |
|  | 1) สวม mask 2 ชั้น  |  |  |  |  |
|  | 2) PPE เหมาะสม ในการทำหัตถการ |  |  |  |  |
| 12 | มีการประสานผู้เกี่ยวข้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ |  |  |  |  |
| 13 | ทราบรายละเอียดมาตรการการเยี่ยมและเฝ้าไข้ (ประกาศวันที่ 1 พ.ย. 2564) |  |  |  |  |
| 14 | มีการตรวจ ATK ญาติผู้ป่วยที่เฝ้าทุกคน |  |  |  |  |
| 15 | สิ่งที่อยากบอก |  |  |  |  |

**ข้อเสนอแนะ**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รับเยี่ยม ....................................................... ผู้เยี่ยมตรวจ ...........................................................................