



เทศบาลนครแหลมฉบัง แบบสำรวจข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

วัตถุประสงค์

แบบสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการศึกษาข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง” ของฝ่ายจัดการของเสียอันตรายและสิ่งปฏิกูล กองช่างสุขาภิบาล เทศบาลนครแหลมฉบัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง และศึกษาวิธีการจัดเก็บ การรวบรวม และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลต่างๆในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ จัดทำแผนและโครงการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มีคุณภาพได้มาตรฐานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

เทศบาลนครแหลมฉบัง จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านให้การให้ข้อมูลและข้อคิดเห็น และขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสำรวจมา ณ โอกาสนี้

“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้

กรณีมูลฝอยดังกล่าวต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

- ๑) ซากหรือชิ้นส่วนของมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัด การตรวจชันสูตรหรือซากสัตว์ และการใช้สัตว์ทดลอง
- ๒) วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว กระจกสไลด์ และแผ่นปิดกระจกสไลด์
- ๓) วัสดุซึ่งสัมผัสหรือสงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบของเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ หรือวัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สำลี ผ้าก๊อซ ผ้าต่างๆ และท่ออย่าง
- ๔) มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามกรุณาติดต่อ ฝ่ายจัดการของเสียอันตรายและสิ่งปฏิกูล กองช่างสุขาภิบาล เทศบาลนครแหลมฉบัง เลขที่ ๘๘ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๒๓๐ หรือโทรศัพท์ ๐๓๘-๔๐๐๘๐๘ ต่อ ๓๒๖, ๓๒๘

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างที่ให้ไว้ และ/หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าข้อความที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ประเภทสถานประกอบการ

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> คลินิกแพทย์ | <input type="checkbox"/> คลินิกทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> อณามัย | <input type="checkbox"/> ศูนย์สาธารณสุข | <input type="checkbox"/> คลินิกรักษาสัตว์ |
| <input type="checkbox"/> ห้องพยาบาล | <input type="checkbox"/> ห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ | |

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

๒. ชื่อ-ชื่อสกุล ผู้กรอกข้อมูล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
๓. ระดับการศึกษา.....สาขา.....
๔. ตำแหน่ง.....ฝ่าย/งาน.....
๕. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
๖. หน่วยงานของท่านมีมูลฝอยติดเชื้อหรือไม่
- มี (ให้กรอกข้อมูลในส่วนที่ ๒ ส่วนที่ ๓ และส่วนที่ ๔)
- ไม่มี (ให้ข้ามไปกรอกข้อมูลในส่วนที่ ๔ ข้อที่ ๒ ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

ชนิดและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในแต่ละวันรวม จำนวน.....กิโลกรัม ได้แก่

ลำดับ	ชนิดของมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น	มี	ไม่มี	ปริมาณขยะที่เกิดขึ้น (กิโลกรัม)	หมายเหตุ
๑	ขูดยา, หลอดยา, ขวดแก้ว, ขวดน้ำเกลือ, สายน้ำเกลือ				
๒	เข็มฉีดยา, ใบมีด, ขงมีคม				
๓	เศษเนื้อเยื่อและวัสดุต่างๆจากการทำแผล/ผ่าตัด				
๔	สำลี กระจกซัระ หรือผ้าที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วย				
๕	ถุงปัสสาวะที่ยังไม่เทปัสสาวะทิ้ง				
๖	อื่นๆมูลฝอยติดเชื้อ.....				

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานพยาบาล

๑. ข้อมูลบุคลากร

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๑.๑	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์ ด้านสาธารณสุข สุขาภิบาล ชีววิทยา หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
๑.๒	ผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข			

๒. การคัดแยกมูลฝอย

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๒.๑	มีการแยกมูลฝอยติดเชื่อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด			
๒.๒	มีการแยกมูลฝอยติดเชื่อ ระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม			

๓. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื่อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๓.๑	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื่อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้			
๓.๒	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื่อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม			
๓.๓	มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื่อ			
๓.๔	มูลฝอยติดเชื่อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน ๒ ใน ๓ ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น			
๓.๕	มูลฝอยติดเชื่อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน ๓ ใน ๔ ส่วนของกล่อง			
๓.๖	ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื่อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื่อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ			

๔. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๔.๑	ผู้ปฏิบัติงานสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วยถุงมือยาง ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข็ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน			
๔.๒	ใช้รถเข็นเคลื่อนย้าย ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื่อยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื่อเกิดขึ้นเล็กน้อย			
๔.๓	มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อที่แน่นอน			
๔.๔	มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย			

๕. ลักษณะรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อ (ตอบเฉพาะสถานประกอบการที่ใช้รถเข็น)

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๕.๑	มีพื้นและผนัง ทึบ ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิด			
๕.๒	มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื่อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”			
๕.๓	มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื่อ ในกรณีตกลงนประจํารถเข็น			

๖. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๖.๑	เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด			
๖.๒	พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค			
๖.๓	มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย ๒ วัน			
๖.๔	มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้			
๖.๕	มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย			
๖.๖	มีข้อความบนกำแพงหรือป้ายติดผนังที่ชัดเจนว่า "ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ" ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร			

๗. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		ใช่	ไม่ใช่	
๗.๑	กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง			
	๗.๑.๑ ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
	๗.๑.๒ ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน			
	๗.๑.๓ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผา ๒ ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า ๗๖๐ และ ๑,๐๐๐ องศาเซลเซียส			
๗.๒	กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้			
	๗.๒.๑ มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีอย่างถูกต้อง			
	๗.๒.๒ ผู้ประกอบการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อมีใบอนุญาตประกอบกิจการจากราชการท้องถิ่น			

ส่วนที่ ๔ สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะ

๑. สภาพปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลของท่าน คือ

.....

.....

.....

๒. ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น

.....

.....

.....

หมายเหตุ: ๑) สามารถดาวน์โหลดฟอร์มแบบสอบถามจาก <http://www.lcb.go.th>

๒) กรุณาตอบกลับแบบสอบถามมายัง เทศบาลนครแหลมฉบัง จำนวน ๓ ช่องทาง ดังนี้

๒.๑) ส่งไปรษณีย์มายัง

ฝ่ายจัดการของเสียอันตรายและสิ่งปฏิกูล กองช่างสุขาภิบาล เทศบาลนครแหลมฉบัง

เลขที่ ๙๙ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอสัตหิรา จ.ชลบุรี ๒๐๒๓๐

๒.๒) โทรสารหมายเลข ๐๓๘-๔๐๐๘๒๗

๒.๓) E-mail: sani_works@lcb.go.th

ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ฝ่ายจัดการของเสียอันตรายและสิ่งปฏิกูล กองช่างสุขาภิบาล เทศบาลนครแหลมฉบัง