**แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤติการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

(COVID-19) แนบท้ายคำสั่งจังหวัดสระแก้ว ที่ 1468/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓  **(ฉบับที่ 16)**

ชื่อกิจการ................................................................ชื่อผู้ดำเนินการ...................................................................เบอร์โทร.........................

ตั้งอยู่ที่...................................................................................................................ตรวจเมื่อวันที่...............................................................

**2.กิจการด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม/กิจการ** |  **มาตรการ** | **ผู้ประกอบการ** | **ผู้ใช้บริการ** | **หมายเหตุ/ข้อแนะนำ** |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |
| ง. สถานที่บริการดูแล สถานที่พำนักอาศัย หรือสถานสงเคราะห์อื่นที่จัดสวัสดิการ ให้แก่เด็กหรือผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาระพึ่งพิง ให้เปิดดำเนินการได้เฉพาะที่มีการรับตัวไว้ พักค้างคืนเป็นปกติธุระ | **มาตรการควบคุมหลัก**1) ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ โดยเฉพาะพื้นที่เยี่ยมญาติ และให้กำจัดขยะมูลฝอยและ ขยะติดเชื้อให้ได้ตามมาตรฐาน  |  |  |  |  |  |
| 2) ให้ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า  |  |  |  |  |  |
| 3) ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค  |  |  |  |  |  |
| 4) ให้เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน อย่างน้อย ๑ เมตร ระยะห่างระหว่างเตียงสำหรับห้องรวมอย่างน้อย ๒ เมตร รวมทั้งแยกพื้นที่สำหรับผู้ใช้บริการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือแพร่โรค และผู้ใช้บริการรายใหม่ เพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการโรคติดเชื้ออย่างน้อย 14 วัน  |  |  |  |  |  |
| 5) ให้คัดกรองผู้ใช้บริการรายใหม่ให้เป็นไปตามมาตรฐานของสถานพยาบาล หรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |  |  |  |  |  |
| 6) ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ และญาติที่มาเยี่ยมมิให้แออัด และให้มีลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ และเพิ่มมาตรการใช้แอพพลิเคชั่นทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ตามที่ทางราชการกำหนด หรือใช้มาตรการควบคุม ด้วยการบันทึกข้อมูลและรายงานทดแทนได้ |  |  |  |  |  |
| **มาตรการเสริม**1) มีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด สำหรับผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการและญาติ ก่อนเข้าอาคาร ทั้งนี้ ให้รายงานหน่วยงานรับผิดชอบ กรณีพบผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ตามแนวทางที่กำหนด  |  |  |  |  |  |
| 2) ผู้ให้บริการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรค ตามมาตรฐานสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  |  |  |  |  |  |
| 3) จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่งหรือยืนห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร  |  |  |  |  |  |
| 4) จัดให้มีการระบายอากาศภายในอาคารที่ดี  |  |  |  |  |  |
| 5) งดการรับประทานอาหารร่วมกัน รวมทั้งการตักอาหารส่วนกลางด้วยตนเอง และการตักอาหารในภาชนะ หรือใช้อุปกรณ์ร่วมกัน  |  |  |  |  |  |
| 6) จัดให้มีระบบเก็บบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของพนักงาน ผู้ใช้บริการ และญาติที่มาเยี่ยมได้ทุกคน หากพบผู้ป่วย หรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรคภายหลังจากการใช้บริการให้รีบรายงานหน่วยงานรับผิดชอบทันที |  |  |  |  |  |
| 7) จัดให้มีการแนะนำพนักงาน ผู้ใช้บริการ ญาติที่มาเยี่ยม รวมถึงให้มีการตรวจตรา ควบคุม กำกับการให้บริการและการใช้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการประเมิน :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเภท** | **มาตรการหลัก** | **มาตการเสริม** | **เกณฑ์ประเมิน** |
| **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** | **มาตรการหลัก : ผ่านเกณฑ์ต้องดำเนินการครบทุกข้อ****มาตรการเสริม : ผ่านเกณฑ์ต้องดำเนินการครบทุกข้อ** |
| **ผู้ประกอบการ** |  |  |  |  |
| **ผู้ใช้บริการ** |  |  |  |  |

**ข้อที่มีปัญหา/การแนะนำปรับปรุง..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

 **ลงชื่อ ......................................... ผู้รับตรวจ ลงชื่อ...........................................ผู้ตรวจประเมิน**

 **(...........................................) (...........................................)**

**คณะทำงานตรวจติดตาม**

1) ในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว เทศบาลเมืองอรัญญประเทศ.และเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มอบสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

2) คณะทำงานระดับอำเภอ ตามคำสั่งจังหวัดสระแก้วที่ 1274/2563 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2563