แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤติการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) แนบท้ายคำสั่งจังหวัดสระแก้ว ที่ 1568/๒๕๖๓ ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2563 (ฉบับที่ 17)

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

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

**ข้อ 2** **การผ่อนคลายให้ดำเนินการหรือทำกิจกรรมบางอย่างได้ (2) กิจกรรมด้านการออกกำลังกายการดูแลสุขภาพ หรือสันทนาการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม/กิจการ** | **มาตรการ** | **ผู้ประกอบการ** | | **ผู้ใช้บริการ** | | **หมายเหตุ/ข้อแนะนำ** |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |
| ก.. การอบตัว อบสมุนไพร การอบไอน้ำแบบรวมหรือการนวดบริเวณใบหน้าในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สปา และสถานประกอบการนวดแผนไทย  ให้ดำเนินการได้ ยกเว้นในส่วนของสถานประกอบกิจการอาบ อบ นวด ยังไม่อนุญาตให้เปิดดำเนินการ | **มาตรการควบคุมหลัก**  1) ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ.รวมทั้งห้องสุขา ห้องอาบน้ำ บ่อออนเซ็น ห้องหรือตู้อบตัว อบสมุนไพร.อบไอน้ำ.รวมถึงดูแลความสะอาดของผ้า.เครื่องแต่งกายอุปกรณ์สำหรับผู้ใช้บริการ.และกำจัดขยะมูลฝอยให้ได้ตามมาตรฐาน |  |  |  |  |  |
| 2) ให้ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการสวมหน้ากากอนามัย.หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ยกเว้นขณะแช่ออนเซ็น อบตัว อบสมุนไพร อบไอน้ำ โดยอาจจัดให้ใช้บริการแบบรวมได้ |  |  |  |  |  |
| 3) ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค |  |  |  |  |  |
| 4) ให้เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน ขณะใช้บริการออนเซ็น อบตัว อบสมุนไพร อบน้ำแบบรวมอย่างน้อย 2 เมตร |  |  |  |  |  |
| 5) ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ.มิให้แออัด โดยพิจารณาจัดเป็นรอบเข้าใช้บริการ หรือจำกัดระยะเวลาการใช้บริการไม่เกิน 2 ชั่วโมง ทั้งนี้ ให้พิจารณาให้บริการอบตัว อบไอน้ำ อบสมุนไพร แบบแยกห้องหรือตู้ |  |  |  |  |  |
| 6) ให้กิจการลงทะเบียนและยืนยันการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด |  |  |  |  |  |
| ๗) ให้มีลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ และเพิ่มมาตรการใช้แอปพลิเคชันที่ทางราชการกำหนดหรือใช้มาตรการควบคุมด้วยการบันทึกข้อมูลและรายงานทดแทนได้ |  |  |  |  |  |
| **มาตรการเสริม**  1) มีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด.สำหรับผู้ประกอบการ พนักงานบริการ.และผู้ใช้บริการก่อนเข้าสถานที่.ทั้งนี้.ให้รายงานหน่วยงานรับผิดชอบ กรณีพบผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |  |  |
| 2) จัดให้มีการระบายอากาศภายในอาคารที่ดี รวมทั้งบริเวณห้องสุขา.และห้องอาบน้ำ.ทั้งนี้.ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศให้ได้อย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |  |  |
| 3) ให้มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำในบ่อออนเซ็น ให้มีระดับคลอรีนตกค้าง หรือการตรวจสอบด้วยวิธีอื่นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการฆ่าเชื้อโรคของบ่อออนเซ็นในทุกระบบ และแสดงให้ผู้ใช้บริการทราบเป็นประจำทุกวัน |  |  |  |  |  |
| 4) จัดให้มีระบบคิวและมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่งหรือยืนห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร |  |  |  |  |  |
| 5) จัดให้มีระบบเก็บข้อมูล.และติดตามผู้ใช้บริการได้ทุกคน หากพบผู้ป่วย หรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรคภายหลังจากการใช้บริการ |  |  |  |  |  |
| 6)จัดให้มีการแนะนำผู้ประกอบการ พนักงาน ผู้ใช้บริการ รวมถึงให้มีการตรวจตรา ควบคุม กำกับการให้บริการและการใช้บริการ.ให้เป็นไปตามมาตรการควบคุมหลักอย่างเคร่งครัด |  |  |  |  |  |
| 7) ให้พิจารณาพัฒนานวัตกรรมการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่.และระบบจองคิวแบบออนไลน์ เพื่อให้บริการรูปแบบใหม่ในระยะยาว |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการประเมิน :**

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

**ข้อที่มีปัญหา/การแนะนำปรับปรุง**

เรื่อง...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(...........................................) (...........................................)

**คณะทำงานตรวจติดตาม**

1) ในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว เทศบาลเมืองอรัญญประเทศ.และเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

2) คณะทำงานระดับอำเภอตามคำสั่งจังหวัดสระแก้วที่ 1274/2563 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2563