แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤติการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19) แนบท้ายคำสั่งจังหวัดสระแก้ว ที่ 1700/๒๕๖๓ ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 (ฉบับที่ 18) ระยะที่ 5

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

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

**ข้อ 2** **การเปิดดำเนินการสถานที่และกิจกรรมต่างๆ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม/กิจการ** |  **มาตรการ** | **ผู้ประกอบการ** | **ผู้ใช้บริการ** | **หมายเหตุ/ข้อแนะนำ** |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |
| (4) สถานประกอบกิจกรรมอาบ อบ นวด โรงน้ำชา ให้เปิดดำเนินการได้ตามเวลาเปิดทำการปกติที่กฎหมายกำหนด | **มาตรการควบคุมหลัก**1)ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมถึงห้องอาบน้ำ อ่างอาบน้ำ ห้องสุขา และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน |  |  |  |  |  |
| 2)ให้ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ในพื้นที่ส่วนรวม ทั้งนี้พนักงานบริการสามารถสวม Face Shield แทนได้ |  |  |  |  |  |
| 3) ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ |  |  |  |  |  |
| 4) ให้เว้นระยะนั่งหรือเดินห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร ในพื้นที่ส่วนรวม |  |  |  |  |  |
| 5) ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัดและรวมกลุ่มกัน หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมเท่าที่จำเป็น โดยถือหลักหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน |  |  |  |  |  |
| 6) จัดให้มีการให้คำแนะนำพนักงาน และผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งตรวจตรา ควบคุม กำกับการให้บริการและใช้บริการให้เป็นไปตามมาตรการควบคุมหลักอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ พิจารณางดใช้บริการ กรณีผู้ใช้บริการไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่กำหนดได้ |  |  |  |  |  |
| ๗) ให้กิจการลงทะเบียนและยืนยันการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด พร้อมทั้งระบุความจุของจำนวนผู้ใช้บริการ และพร้อมให้ตรวจสอบเมื่อเปิดดำเนินการ โดยเน้นระบบการตรวจสอบจำนวนผู้ใช้บริการตามข้อกำหนด |  |  |  |  |  |
| 8)ให้มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่และเพิ่มการใช้แอฟพลิเคชันที่ทางราชการกำหนด หรือใช้มาตรการควบคุมด้วยการบันทึกข้อมูลและรายงานทดแทนได้ |  |  |  |  |  |
| 9)ให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มพนักงานเป็นระยะ พร้อมทั้งการเฝ้าระวังโรคอื่นด้วย.ทั้งนี้ ผู้ประกอบการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว |  |  |  |  |  |
| **มาตรการเสริม**1) มีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด สำหรับผู้ประกอบการ พนักงานบริการ และผู้ใช้บริการก่อนเข้าสถานที่ ทั้งนี้ ให้รายงานหน่วยงานรับผิดชอบ กรณีพบผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |  |  |
| 2) จัดให้มีระบบคิว.และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่งหรือยืน.ห่างกันอย่างน้อย.1.เมตร.. |  |  |  |  |  |
|  3)จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา และทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศอย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |  |  |
| 4)การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม สุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ให้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมเช่นเดียวกับสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ |  |  |  |  |  |
| 5)จัดให้มีระบบเก็บข้อมูลและติดตามผู้ใช้บริการได้ทุกคน หากพบผู้ป่วย หรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรคภายหลังจากการใช้บริการ |  |  |  |  |  |
| 6)ให้พิจารณาติดตั้งกล้องวงจรปิด เพื่อบันทึกภาพการให้บริการและใช้บริการ ให้ครอบคลุมพื้นที่ส่วนรวมของสถานประกอบการ เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค โดยบันทึกข้อมูลเก็บไว้ ไม่น้อยกว่า 1 เดือน  |  |  |  |  |  |
| 7)ให้พิจารณาพัฒนานวัตกรรมการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ และระบบจองคิวแบบออนไลน์ เพื่อให้บริการรูปแบบใหม่ในระยะยาว |  |  |  |  |  |
| 8)ให้มีการรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่กำหนด ให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบทราบ ตามคู่มือและเกณฑ์การปฏิบัติ เพื่อสร้างความร่วมมือในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ |  |  |  |  |  |

**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) คณะทำงานระดับอำเภอตามคำสั่งจังหวัดสระแก้ว ที่ 1274/2563 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2563