

เกษียณ . ลือรับ 12 มิ.ย. 2569

- กองคลัง กองช่าง กองการศึกษา
- กองสาธารณสุข หน่วยตรวจสอบฯ

สป. งานแผนและงบประมาณ งานพัสดุ สป.

งานเทคโนโลยี

งานสังคมสงเคราะห์ งานพัฒนาชุมชน

งานนิติการ

งานป้องกันฯ

งานสาธารณสุขสง

งาน กจ.

งาน ปชส./ห้องเสี้ยว

งานธุรการ งานอื่นๆ

สำนักงานเทศบาลตำบลเวียงพางคำ
 เลขที่รับ 2538
 วันที่ 12 มิ.ย. 2569
 เวลา 11-03 น.



ที่ ขร ๐๐๓๓.๐๑๒/ว๑๕๔๘๑

ถึง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, โรงพยาบาลแม่สาย, โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์, โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค, โรงพยาบาลศูนย์แพทยมหาวิทาลัยแม่ฟ้าหลวง, โรงพยาบาลเชียงรายราม, โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงราย, โรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช, เทศบาลตำบลทุกแห่ง, องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง, มูลนิธิกู้ชีพจังหวัดเชียงรายทุกแห่ง, สมาคมกู้ชีพทุกแห่ง

พร้อมนี้ จังหวัดเชียงรายขอส่งสำเนาหนังสือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ สพฉ ๐๔/ว๑๒๐๘๘ ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เรื่อง ขอส่งแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน และการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน และแบบแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลปฏิบัติการฉุกเฉิน รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

จังหวัดเชียงราย
 ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๙

 จังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 โทร. ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๕๖
 โทรสาร ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๔๕



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๘

สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๓ เว็บไซต์: www.niems.go.th

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เลขที่รับ.....๙๙๑๑.....

วันที่.....๘ มิ.ย. ๒๕๖๙.....

เวลา.....๑๕:๓๐ น.....

ที่ สพฉ ๐๔/ว ๐๒๐๘๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

เลขที่รับ.....๑๑๑๑.....

วันที่.....๘ มิ.ย. ๒๕๖๙.....

เวลา.....๑๓:๓๕ น.....

๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอส่งแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินและการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน และแบบแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลปฏิบัติการฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง/ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินและการเบิกจ่ายค่าชดเชย จำนวน ๑ ฉบับ
การปฏิบัติการฉุกเฉิน (Standard Operating Procedure: SOP)

ตามที่ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ กำหนดให้จัดตั้ง“กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินและการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Standard Operating Procedure: SOP) เพื่อกำหนดกรอบและมาตรฐานกลางในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นั้น

ในการนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงขอแจ้งเวียนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินและการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Standard Operating Procedure: SOP) พร้อมแบบแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันต่อไป ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือประเด็นที่ต้องการหารือเพิ่มเติม สามารถประสานงานได้ที่ กลุ่มบริหารงานกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน โทรศัพท์ ๐๒-๘๗๒-๑๖๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.เชียงราย

- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
- ด้วย สพฉ ขอส่งแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน และการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน และแบบแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลปฏิบัติการฉุกเฉิน
- เห็นควรมอบกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกรรณกาญจน์ พุ่มวิเศษ)

ผู้ช่วยเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

บริหาร	<input checked="" type="checkbox"/>	โรคไม่ติดต่อ
คุ้มครอง	<input type="checkbox"/>	อนามัย
ส่งเสริม	<input type="checkbox"/>	ประกันสุขภาพ
โรคติดต่อ	<input type="checkbox"/>	สารนิเทศ
ทันตกรรม	<input type="checkbox"/>	พัฒนา
แพทย์แผนไทย	<input type="checkbox"/>	ยุทธศาสตร์
ยาเสพติด	<input type="checkbox"/>	ทรัพยากร
กฎหมาย	<input type="checkbox"/>	สาธารณสุข
วิชาการและพัฒนาระบบการ	<input type="checkbox"/>	ตรวจประเมิน
สุขภาพดิจิทัล	<input type="checkbox"/>	

๘ มิถุนายน ๒๕๖๙

รศ.ดร. (นางสาว)กสิกร นนแก้ว
นักสาธารณสุข

๘ มิถุนายน ๒๕๖๙

๙ มิถุนายน ๒๕๖๙

กลุ่มบริหารงานกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๓

ทราบ/ดำเนินการ

(นายรัฐกานต์ ปาระมี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

๙ มิถุนายน ๒๕๖๙



สิ่งที่ส่งมาด้วย

มอบคุณนภัสกรดำเนินการ

นายวินทร์ สุริยนต์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๙



แบบแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลปฏิบัติการฉุกเฉิน
Notification Form for Emergency Operation Data Recorder and Verifier Rights

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อมูลผู้ยื่น

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
เลขประจำตัวประชาชน วันที่ออกบัตร วันที่บัตรหมดอายุ

ข้อมูลหน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ รหัสหน่วยปฏิบัติการ
ชื่อหน่วยงาน
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) โทรศัพท์หน่วยงาน (Office Tel.)
ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ประเภทหน่วยงาน

- กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม
 กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
 มูลนิธิ/สมาคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน บริษัท/ห้างร้าน
 อื่น ๆ โปรดระบุ

มีความประสงค์ขอแจ้งสิทธิผู้บันทึกและยืนยันข้อมูลปฏิบัติการฉุกเฉินในแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (NDEMS) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (EMS Portal) ดังต่อไปนี้

ขอสิทธิการใช้งานระบบสารสนเทศของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ระบบที่ขอสิทธิ แพลตฟอร์มดิจิทัลด้านการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (NDEMS)
มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ (หากไม่ระบุถือว่ามีผลตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

หน่วยปฏิบัติการอำนวยการ

ผู้บันทึกข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก้ไข ดูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่ามีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

2. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก่ไข ดูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

3. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก่ไข ดูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

ผู้ยืนยันข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ ตรวจสอบ ยืนยัน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

2. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ ตรวจสอบ ยืนยัน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

หน่วยปฏิบัติการแพทย์

ผู้บันทึกข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก่ไข ดูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

2. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก่ไข ดูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่าไม่มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

3. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ บันทึก แก่ไข ตูรายงาน มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่า มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

ผู้ยืนยันข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ ตรวจสอบ ยืนยัน/ตั้งเบิก มีผลตั้งแต่วันที่ มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่า มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

1. ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง โทร. e-mail
ระดับสิทธิ ตรวจสอบ ยืนยัน/ตั้งเบิก มีผลตั้งแต่วันที่ มีผลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
(หากไม่ระบุถือว่า มีผลตั้งแต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับเอกสารและคงอยู่ตลอดไปจนกว่าจะแจ้งยกเลิก)

ลายมือชื่อผู้รับสิทธิ
(.....)

ผู้ประสานงานและการรับรอง (Coordinator & Authorization)

ชื่อ-สกุลผู้ประสาน: เบอร์โทรผู้ประสาน:

คำรับรอง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องครบถ้วนทุกประการและยินยอมให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากข้อมูลส่วนใดเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมาย
ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้บริหาร (.....) ตำแหน่ง วันที่	ประทับตราหน่วยงาน (Official Seal) (ถ้ามี/ if applicable)
--	--

หมายเหตุ

1. ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันหน่วยงาน หากมอบอำนาจให้ผู้อื่น ต้องแนบหนังสือมอบอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมาย

2. แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (ถ้ามี)
3. แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้บันทึกและผู้ยืนยันข้อมูลทุกคนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บันทึกหรือผู้ยืนยันข้อมูล ต้องแจ้งสถาบันฯ เป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 15 วัน
6. แบบฟอร์มนี้ถือเป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมาย โปรดกรอกด้วยตัวบรรจงและตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่ง
7. ต้องทบทวนสิทธิอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
8. ต้องเพิกถอนสิทธิทันทีเมื่อพ้นหน้าที่
9. ระบบต้องสามารถตรวจสอบ Log การใช้งานย้อนหลังได้
10. ห้ามบุคคลเดียวกันทำหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล (Data Recorder) และผู้ยืนยันข้อมูล (Data Verifier) ในรายการเดียวกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ จะถูกเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการสิทธิการเข้าถึงระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยอาศัยฐานทางกฎหมายเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย และ/หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะ ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเท่าที่จำเป็นตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด และเจ้าของข้อมูลมีสิทธิในการเข้าถึง แก้ไข และเพิกถอนข้อมูลของตนตามที่กฎหมายกำหนด