

แบบสอบถามเพื่อประเมินผลการดำเนินการรับรอง

- การรับรองห้องปฏิบัติการทดสอบ  ด้านสาธารณสุข (ผลิตภัณฑ์สุขภาพ)  
 ด้านการแพทย์  
 อื่น ๆ .....

ชื่อห้องปฏิบัติการ .....

วันที่ตรวจประเมิน .....

มีความประสงค์

- ตรวจสอบเบื้องต้นเพื่อขอการรับรองใหม่ (Pre-assessment)  
 ตรวจสอบจริงเพื่อขอการรับรองใหม่ (On-site assessment)  
 ตรวจสอบเพื่อต่ออายุการรับรอง (Re-assessment)  
 ตรวจสอบเพื่อขยายขอบข่ายการรับรอง (Extended Scope)  
 ตรวจสอบเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance)  
 ตรวจสอบติดตาม ณ สถานที่ปฏิบัติงาน (Follow-up assessment)  
 ตรวจสอบติดตามกรณีพิเศษตามเหตุผลความจำเป็น หรือ เหตุฉุกเฉิน (Extraordinary assessment)  
 อื่น ๆ .....

- การยื่นเอกสารรับรอง  ปกติ  e-Accreditation  
ประเภทการตรวจประเมิน  การตรวจประเมิน ณ สถานที่ปฏิบัติงาน  การตรวจประเมินทางไกล

ข้อมูลทั่วไป

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามระดับความเป็นจริง

ลำดับ	รายละเอียด	ดีมาก (5)	ดี (4)	พอใช้ (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1.	บริการ						
	1.1	แบบฟอร์มที่ใช้จัดทำสำหรับใช้ตรวจเช็ค (Checklist) กิจกรรมต่าง ๆ ตามข้อกำหนด การขอรับรองมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และ ช่วยในการเตรียมความพร้อมของ ห้องปฏิบัติการ					
	1.2	ข้อมูล ข่าวสาร และเอกสารประกอบการ รับรองของห้องปฏิบัติการ มีความสะดวก และง่ายต่อการเข้าถึงได้หลายช่องทาง					

ลำดับ	รายละเอียด	ดีมาก (5)	ดี (4)	พอใช้ (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	บริการ					
	1.3 การประสานงานของเจ้าหน้าที่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการในกระบวนการรับรอง					
2.	ผู้ตรวจประเมิน					
	2.1 การสื่อสารของหัวหน้าคณะผู้ตรวจประเมิน (Lead Assessor) ในขณะตรวจประเมิน					
	2.2 การสื่อสารของผู้ตรวจประเมินด้านวิชาการ (Technical Assessor) ในขณะตรวจประเมิน					
3.	คุณภาพการบริการ					
	3.1 รายงานผลการตรวจประเมินของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการมีรายละเอียดที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน					
	☞ 3.2 ระยะเวลาที่ห้องปฏิบัติการได้รับหนังสือแจ้งตอบรายงานผลการตรวจประเมินอย่างเป็นทางการ					
	☞ 3.3 ระยะเวลาทั้งหมดของกระบวนการขอการรับรองจนกระทั่งได้รับใบรับรอง (เฉพาะห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรองใหม่ ขอขยายขอบข่าย และการต่ออายุใบรับรอง)					

#### 4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาใช้เวลากรอกข้อมูลแบบสอบถามชุดนี้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการรับรองห้องปฏิบัติการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

\*\*\*\*\*

กรุณาส่งแบบสอบถามไปยัง

ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

88/7 ซอยโรงพยาบาลบาราศนราคร ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000