



# ขั้นตอนขอการรับรอง RCP –Thailand Anatomical Checklist

รศ.พญ.ตุ้มทิพย์ แสงรุจิ

ประธานคณะกรรมการดำเนินการรับรองมาตรฐานทาง  
วิชาการของห้องปฏิบัติการ



# รายนามอนุกรรมการดำเนินการรับรองมาตรฐานทาง วิชาการของห้องปฏิบัติการ

- |     |                    |                  |                        |
|-----|--------------------|------------------|------------------------|
| 1.  | นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ | วรรณไกรโรจน์     | ที่ปรึกษา              |
| 2.  | แพทย์หญิงภัทรวดี   | ดวงจักร ณ อยุธยา | ผู้ทรงคุณวุฒิ          |
| 3.  | แพทย์หญิงต๋มทิพย์  | แสงรุจิ          | ประธานฯ                |
| 4.  | แพทย์หญิงชีพัสมน   | สุทธิพินทะวงศ์   | อนุกรรมการ             |
| 5.  | นายแพทย์ทรงคุณ     | วิญญูวรรณ        | อนุกรรมการ             |
| 6.  | แพทย์หญิงสมฤทัย    | ช่วงโชติ         | อนุกรรมการ             |
| 7.  | นายแพทย์มงคล       | อุยประเสริฐกุล   | อนุกรรมการ             |
| 8.  | แพทย์หญิงนิศารัตน์ | โอภาสเกียรติกุล  | อนุกรรมการ             |
| 9.  | แพทย์หญิงปรีชญา    | วงศ์กระจ่าง      | อนุกรรมการ             |
| 10. | แพทย์หญิงสมบุญ     | ธรรมเถกิงกิจ     | อนุกรรมการ             |
| 11. | นายแพทย์ณัฐ        | ตันศรีสวัสดิ์    | อนุกรรมการ             |
| 12. | แพทย์หญิงดวงตะวัน  | ธรรมาณิชานนท์    | อนุกรรมการ             |
| 13. | แพทย์หญิงพรรณดี    | วัฒนบุญยงเจริญ   | อนุกรรมการ             |
| 14. | แพทย์หญิงนารี      | วรรณิสสร         | เลขานุการและอนุกรรมการ |



ขั้นตอนสำหรับห้องปฏิบัติการ  
ขอรับการตรวจประเมิน  
มาตรฐาน



1. ห้องปฏิบัติการขึ้นทะเบียนและให้ข้อมูล  
เบื้องต้น ผ่านช่องทาง :

[www.rctthaipathology.org](http://www.rctthaipathology.org)

2. ห้องปฏิบัติการส่งข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการ  
ลงทะเบียนดังต่อไปนี้



## ตัวอย่าง แบบฟอร์มสมาชิกโครงการ การรับรองคุณภาพ หน่วยงานพยาธิวิทยา

ชื่อโรงพยาบาล / หน่วยงานต้นสังกัด .....

ชื่อห้องปฏิบัติการ .....

ที่อยู่ .....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อ - สกุลหัวหน้าห้องปฏิบัติการ .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....



E – Mail : ..... ID LINE : .....

ชื่อ – สกุลพยาธิแพทย์ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนา

คุณภาพ.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

E – Mail : .....



ชื่อ - สกุล พยาธิแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ( กรุณาระบุทุกคน )

1.....เลข ว. .... เลขสมาชิกราชวิทยาลัย .....

\* หมายเลขสมาชิกราชวิทยาลัยสามารถดูได้จาก Website ของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ หากข้อมูลไม่ตรง แก้ไขลงแบบฟอร์มได้ค่ะ

\*หากพยาธิแพทย์มีมากกว่า 3 ท่าน กรุณาทำเอกสารแนบ



# การให้บริการปัจจุบัน

## Anatomic Pathology

ประเภทของการตรวจ	กรณากา ✓ ประเภทของ การตรวจที่มี	ประมาณสิ่งส่งตรวจ ปี พ.ศ.2559	หมายเหตุ
Surgical Pathology			
Frozen section			
Histochemistry			
Immunohistochemistry			
Immunofluorescence			
Cytology GYN cytology, NonGYN cytology			
Autopsy			
Electron microscopy			
Molecular pathology			





# Clinical pathology

ประเภทของการตรวจ	กรณากา ✓ ประเภทของการตรวจที่มี	ประมาณสิ่งส่งตรวจปี พ.ศ.2559	หมายเหตุ
Hematology			
Clinical Microscopy			
Clinical Chemistry			
Immunology			
Microbiology			
Cytogenetics			
Molecular Genetics			
Transfusion Service			



# Forensic pathology

ประเภทของการตรวจ	กรณากา ✓ ประเภทของ การตรวจที่มี	ปริมาณสิ่งส่งตรวจ ปี พ.ศ.2559	หมายเหตุ
Surgical Pathology			
Cytology			
Autopsy			
Toxicology			
Serology			
Chromosome			
DNA finger print			
อื่น ๆ โปรดระบุ			



การรับรองคุณภาพหน่วยงานโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ได้รับการรับรอง ปี พศ.....  ไม่เคยขอการรับรอง  
การรับรองคุณภาพหน่วยงานโดยองค์กรอื่น

ISO15189  15190  17025  22870

LA (รับรองโดยสภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย)

อื่นๆ .....



- 3.ห้องปฏิบัติการขอรับ Checklist..... และคู่มือ  
สำหรับห้องปฏิบัติการขอรับการตรวจประเมิน  
มาตรฐาน ฉบับปัจจุบัน รหัสเอกสาร.....
- 4.ห้องปฏิบัติการยื่นขอคำแนะนำ / ที่ปรึกษาจาก  
อนก. (หากห้องปฏิบัติการต้องการ โดยมีค่าใช้จ่าย)
- 5.อนก. ส่งที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำ ภายใน 30 วัน  
หลังจากได้รับคำร้องขอจากข้อ 4



6. ห้องปฏิบัติการยื่นขอรับการตรวจประเมิน พร้อมเอกสารประเมินตนเองตาม Checklist.....ภายใน 90 วัน หลังจากที่ได้รับคำปรึกษาแล้ว
7. ผู้ประสานงาน อนุภ. ส่งเอกสารแจ้งเตือนไปยังทุกห้องปฏิบัติการที่ใกล้กำหนดดำเนินการต่าง ๆ
8. เมื่อห้องปฏิบัติการพร้อมที่จะรับการตรวจ ให้ยื่นคำร้องขอมายัง อนุภ.



9.อนก. แจ้งกำหนดวันตรวจ และจัดหากรรมการผู้ตรวจ ภายใน 30 วันหลังจากห้องปฏิบัติการยื่นขอรับการตรวจ

10.อนก. ส่งเอกสารการประเมินตนเองของห้องปฏิบัติการ ให้กรรมการผู้ตรวจล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วันก่อนการ ตรวจ

11.กรรมการผู้ตรวจเข้าพื้นที่ และตรวจประเมิน ห้องปฏิบัติการ ตามวัน เวลาที่กำหนด



12.กรรมการผู้ตรวจ แจ้างสรุป ข้อเสนอแนะ  
พร้อมลงนามในวันสุดท้ายของการประเมินแก้  
ห้องปฏิบัติการที่ขอรับการตรวจ และส่งผลให้  
อนก. เป็นลายลักษณ์อักษร (ลายมือ หรือพิมพ์)  
เพื่อให้ อนก. ส่งเป็นหลักฐานกลับไปยังห้อง  
ปฏิบัติการภายใน 5 วันหลังตรวจประเมินเสร็จ



13.กรณีไม่มีการแก้ไข คณะกรรมการตรวจประเมิน นำผลสรุปเข้าที่ประชุม อนุก. เพื่อพิจารณาผล ภายใน 60 วัน หลังจากได้แจ้ง ผลเบื้องต้น

14.กรณีที่มีการแก้ไข ห้องปฏิบัติการต้องทำการ แก้ไขภายใน 90 วัน หลังจากวันที่ได้รับแจ้งผล เบื้องต้น (วันสุดท้ายของการตรวจประเมิน) และ ส่งผลการแก้ไขให้ อนุก.





15.อนก. ส่งผลการแก้ไขให้กรรมการผู้ตรวจ  
ประเมินพิจารณาการแก้ไขและให้ความเห็น  
ตามแบบฟอร์มภายใน 30 วัน

16.อนก.และกรรมการกลั่นกรอง พิจารณาผล  
การตรวจและส่งให้ราชวิทยาลัยฯ



17.ราชวิทยาลัยฯ ออกใบรับรองผลอย่าง  
เป็นทางการให้ห้องปฏิบัติการภายใน 15  
วัน หลังจากได้รับเรื่องจาก อนก. ชุด  
คณะกรรมการกลั่นกรอง