

เอกสารกำกับ การขนส่งมูลพวยติดเชื้อ (Infectious Waste Manifest System)



คำชี้แจงเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ โดยกำหนดให้ผู้ก่อกำเนิด ผู้ขนส่ง และผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อต้องจัดทำเอกสารหรือแบบกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในระบบขนส่ง เพื่อควบคุมกำกับ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ก่อกำเนิด (แหล่ง/ต้นกำเนิด) ซึ่งผู้ขนส่งต้องขนส่งมูลฝอยติดเชื้อพร้อมแบบกำกับการขนส่งที่ ระบุปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ตรงกันทุกฉบับในทุกขั้นตอนไปจนถึงปลายทางผู้กำจัด (แหล่ง/สถานที่กำจัด) อย่างเป็น ระบบ เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อมีรายละเอียด ดังนี้

1. เล่มเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ 1 เล่ม ประกอบด้วยชุดเอกสาร 50 ชุด และชุดเอกสาร 1 ชุด ประกอบด้วยแผ่นเอกสาร 6 แผ่น คือ ตช.01/1 (สีฟ้า) ตช.02 (สีเหลือง) ตช.03 (สีชมพู) ตช.04 ตช.05 และตช.01/2 ทุกแผ่นมีสำเนาในตัว (คาร์บอนเรส)

2. ผู้ก่อกำเนิด (แหล่ง/ต้นกำเนิด) มูลฝอยติดเชื้อหมายถึง “สถานบริการการสาธารณสุข” หมายความว่า

(1) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และหมายความรวมถึงสถานพยาบาลของทางราชการ

(2) สถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหมายความรวมถึงสถานพยาบาลสัตว์ของทางราชการ

3. ผู้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อต้องเป็นผู้จัดหาเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้เพียงพอทั้งระบบ และในเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้ “จนท.รพ.” (คำย่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) โดยหมายถึงเจ้าหน้าที่สถานบริการการสาธารณสุข

(วิธีการออกเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ แสดงที่แผ่นสุดท้ายปิดด้านในท้ายเล่ม)

เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฟอยติดเชื้อ (Infectious Waste Manifest System)



เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/1 ต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.02 สำหรับผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีเหลือง)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.03 สำหรับผู้ส่งมูลฝอยติดเชื้อเก็บเป็นหลักฐาน (สีชมพู)

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.04 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.05 ส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลักษณะพาหนะที่ใช้ ☐ 1. ปรับอุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ ☐ 2. อื่นๆ ระบุ

เลขทะเบียน.....ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์.....

ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์.....

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจง)	ลายเซ็น

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด :ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ที่รับมอบ

วิธีการรอกบันทึกรอกเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ

1. ผู้ก่อกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อรอกบันทึกรอกเอกสารทุกฉบับในส่วนของผู้ก่อกำเนิด โดยรอกบันทึกรอกในแผ่นที่ 1 จะติดทั้งชุด (6 แผ่น) เมื่อได้ชั่ง ตวง วัด ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละครั้งของการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อแล้วเสร็จ จึงลงลายเซ็นในส่วนของผู้ก่อกำเนิด เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้ก่อกำเนิด
2. ผู้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อรอกบันทึกรอกเอกสารทุกฉบับในส่วนผู้ขนส่ง โดยรอกบันทึกรอกในแผ่นที่ 1 จะติดทั้งชุด (6 แผ่น) เมื่อได้ชั่ง ตวง วัด ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละครั้งของการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อแล้วเสร็จ จึงลงลายเซ็นในส่วนของผู้ขนส่ง เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้ขนส่งและฉีกตข.01/1 ที่เป็นต้นฉบับสำหรับโรงพยาบาล (สีฟ้า) เก็บไว้ที่ผู้ก่อกำเนิด
3. ให้ผู้ขนส่งนำเอกสารที่รอกบันทึกรอกข้อมูลแล้ว ที่เป็นสำเนาอีก 5 แผ่น (ตข.02 ตข.03 ตข.04 ตข.05 และ ตข.01/2) นำติดตัวไปด้วยทุกครั้ง
4. เมื่อถึงสถานที่กำจัดให้ผู้กำจัดตรวจสอบความถูกต้องของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และลงลายเซ็นช่องรอกบันทึกรอกบรรทัดท้ายสุดของเอกสารฯ เพื่อให้คำรับรองปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของผู้กำจัด ในส่วนคำรับรองของผู้กำจัด ทุกครั้งที่รับมอบมูลฝอยติดเชื้อมากำจัด และฉีกตข.02 (สีเหลือง) เก็บไว้ที่ผู้กำจัด
5. ผู้ขนส่งฉีกตข.03 (สีชมพู) เก็บไว้ที่ผู้ขนส่ง ฉีกตข.04 ส่งองค์รอกปกครองส่วนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ฉีกตข.05 ส่งองค์รอกปกครองส่วนท้องถิ่นที่สถานที่กำจัดตั้งอยู่ และฉีกตข.01/2 ส่งกลับให้โรงพยาบาลเป็นสำเนาตรวจสอบกับต้นฉบับ



สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย