แบบประเมินการจัดการขยะในหน่วยงาน..............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อ |  | ครั้งที่.......... | | ครั้งที่.......... | | ครั้งที่.......... | | ครั้งที่.......... | | ครั้งที่.......... | | ครั้งที่.......... | | หมายเหตุ |
| ปฏิบัติ | ไม่ | ปฏิบัติ | ไม่ | ปฏิบัติ | ไม่ | ปฏิบัติ | ไม่ | ปฏิบัติ | ไม่ | ปฏิบัติ | ไม่ |
| 1. | ถังขยะทุกประเภทมีฝาปิด ใช้กลไก  การเปิด-ปิดด้วยเท้า,มีป้ายบอกชัดเจน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | การทิ้งขยะถูกทุกประเภท |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | มีถุงแดงรองรับขยะติดเชื้อถูกต้อง  และถุงขยะประเภทอื่นถูกต้อง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | สถานที่ตั้งถังขยะเหมาะสม(ขยะติดเชื้อต้อง  ไม่อยู่ในโซนสะอาด เช่น รถฉีดยา รถทำแผล  ยกเว้นกำลังทำกิจกรรมอยู่) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ขยะไม่ล้นถัง (รวมถึงกล่องทิ้งเข็ม) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | พนักงานเคลื่อนย้ายสวม PPE\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | จนท.ในหน่วยงานตอบประเภทขยะถูกต้อง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | มี พนักงานล้างถังขยะติดเชื้อ/เปลี่ยน  ทุกวัน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ผู้ประเมิน |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | ข้อเสนอแนะ |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |