รายละเอียดและคุณลักษณะ
วัสดุแบบพิมพ์ จำนวน ๕๒ รายการ
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

---

๑. ความต้องการ วัสดุแบบพิมพ์ จำนวน ๕๒ รายการ

ลำดับ	รายการ	จำนวนประมาณการจะซื้อ
๑	การ์ดยา สีฟ้า	๑๕,๐๐๐ แผ่น
๒	การ์ดยา สีเหลือง	๑๕,๐๐๐ แผ่น
๓	ใบขอแลกเปลี่ยนเวร	๑๐,๐๐๐ แผ่น
๔	ใบจำหน่าย	๑๓,๐๐๐ เล่ม
๕	ใบตรวจร่างกาย(รูปคน)	๓๐,๐๐๐ แผ่น
๖	ใบตารางตรวจสอบการไหลของสารน้ำและเฝ้าระวัง	๓๕,๐๐๐ แผ่น
๗	ใบติดขวดน้ำเกลือ	๑๙๐,๐๐๐ แผ่น
๘	ใบบันทึกการพยาบาล รพ.๗(ใบต่อ)	๓๓๐,๐๐๐ แผ่น
๙	ใบบันทึกการพยาบาล(รพ.๗)	๒๐๐,๐๐๐ แผ่น
๑๐	ใบบันทึกการวางแผนจำหน่าย(ส่วนที่๑)	๓๐,๐๐๐ แผ่น
๑๑	ใบบันทึกการวางแผนจำหน่าย(ส่วนที่๒)	๔๐,๐๐๐ แผ่น
๑๒	ใบประเมินภาวะสุขภาพ๒๐A	๑๕,๐๐๐ แผ่น
๑๓	ใบประเมินภาวะสุขภาพ๒๐B	๑๐,๐๐๐ แผ่น
๑๔	ใบปริมาณงานนอกเวลาราชการ	๕,๐๐๐ แผ่น
๑๕	ใบปริมาณน้ำที่ได้รับและสูญเสียใน๒๔ชม.	๑๓,๐๐๐ แผ่น
๑๖	ป้ายเตียง สีฟ้า	๓,๐๐๐ แผ่น
๑๗	ป้ายเตียง สีชมพู	๘,๐๐๐ แผ่น
๑๘	ป้ายเตียง สีม่วง	๑,๐๐๐ แผ่น
๑๙	ผ.๐๒๖แผนการรักษาประจำวัน	๖๐,๐๐๐ แผ่น
๒๐	แผนการพยาบาล	๔๐,๐๐๐ แผ่น
๒๑	แผนการรักษา	๓๕,๐๐๐ แผ่น
๒๒	ฟอร์มติดLAB	๗๐,๐๐๐ แผ่น
๒๓	ฟอร์มปรอท	๖๘,๐๐๐ แผ่น
๒๔	สติ๊กเกอร์ติดขวด IV Dopamine	๒,๐๐๐ แผ่น
๒๕	สติ๊กเกอร์ติดขวด IV Magnesium sulfata	๔,๐๐๐ แผ่น
๒๖	สติ๊กเกอร์ติดขวด IV POTASSIUM	๔,๐๐๐ แผ่น
๒๗	สติ๊กเกอร์ติดขวด IV ๑๐% Calcium gluconate	๔,๐๐๐ แผ่น
๒๘	สมุดจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒	๖๐๐ เล่ม
๒๙	สมุดรายการฝากนึ่งอุปกรณ์	๓๕๐ เล่ม
๓๐	สมุดรายการแลก อบแก๊ส	๕๐ เล่ม

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

ลำดับ	รายการ	จำนวนประมาณการจะซื้อ
๓๑	สมุดลงเวลาปฏิบัติราชการ	๓๖๐ เล่ม
๓๒	สมุดส่งตรวจรังสีพิเศษ	๒๐๐ เล่ม
๓๓	แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ	๒๐,๐๐๐ แผ่น
๓๔	ใบคำยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาและผ่าตัด(บส๑๒)	๔๐,๐๐๐ แผ่น
๓๕	ใบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	๑๓,๐๐๐ แผ่น
๓๖	ใบบันทึกบาดแผล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๒๐,๐๐๐ แผ่น
๓๗	สมุดทะเบียนผู้รับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๓๐ เล่ม
๓๘	แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๓๐,๐๐๐ แผ่น
๓๙	ใบวัดชีพจร	๓๐,๐๐๐ แผ่น
๔๐	ใบเสร็จรับเงิน	๓๐๐ เล่ม
๔๑	ใบแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล	๖๐,๐๐๐ แผ่น
๔๒	ป้ายชื่อติดแฟ้มประวัติ สีชมพู	๕,๐๐๐ แผ่น
๔๓	ป้ายชื่อติดแฟ้มผู้ป่วย (ชาร์ท) สีเหลือง	๖,๐๐๐ แผ่น
๔๔	ป้ายชื่อติดชาร์ทประวัติผู้ป่วย สีฟ้า	๓,๐๐๐ แผ่น
๔๕	สมุด : Post -op order for D&c/F&C	๑๐๐ เล่ม
๔๖	สมุด : Post -op order for TR	๑๕๐ เล่ม
๔๗	สมุด : Post -op order for	๑๐๐ เล่ม
๔๘	สมุดขออนุมัติเบิกวัสดุ-ครุภัณฑ์	๑๕๐ เล่ม
๔๙	สมุดคำร้องทั่วไป	๑๕๐ เล่ม
๕๐	สมุดซ่อมบำรุงครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	๕๐ เล่ม
๕๑	สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยใน	๒๐ เล่ม
๕๒	สมุดขออนุมัติเบิกวัสดุงานช่าง	๑๐๐ เล่ม

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลให้มีใช้อย่างต่อเนื่อง

๓. รายละเอียดคุณลักษณะ

ตามเอกสารแนบ

๔. เงื่อนไขอื่นๆ

๔.๑ แบบพิมพ์ที่จัดส่งจะต้องมีสภาพสมบูรณ์ คมชัด และสม่ำเสมอเหมือนกันในทุก Lot กรณีพบว่าสินค้า Lot ใดมีปัญหา ผู้ขายจะต้องรับแลกเปลี่ยนสินค้าดังกล่าว โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

๔.๒ ผู้ขายจะต้องรับประกันคุณภาพสินค้าเป็นเวลาอย่างน้อย ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันรับมอบสินค้าเป็นต้นไป ในระยะรับประกันหากเกิดความชำรุดหรือคุณภาพของสินค้าไม่เป็นไปตามที่ยื่นเสนอราคา ผู้ขายจะต้องเปลี่ยนให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่าและค่าใช้จ่ายใดๆภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง

๔.๓ ผู้ขายจะต้องส่งมอบแบบพิมพ์ให้โรงพยาบาลฯ ภายใน ๓๐ วันนับตั้งแต่ได้รับใบสั่งซื้อในแต่ละคราว

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑ การ์ดยา สีฟ้า รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๒ การ์ดยา สีเหลือง รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษการ์ดสีฟ้า, เหลือง SK ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๐ x ๓.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๒ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ แผ่น/แพ็ค

ตึก _____ เตียง _____ นาม _____ ยา _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	เริ่มวันที่ _____ เวลา _____ ครบวันที่ _____ เวลา _____ ผู้รับคำสั่ง _____

รายการที่ ๓ ใบขอแลกเปลี่ยนเวร รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ ไม่น้อยกว่า ๖๐แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๕ x ๒๑ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐แผ่น/แพ็ค

ใบขอแลกเปลี่ยนเวร วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ตึก/หน่วยงาน.....มีความประสงค์ขอแลกเปลี่ยนเวร.....

โดยมีผู้รับปฏิบัติหน้าที่แทนดังนี้.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขออนุญาต

ทราบ อนุญาต

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔ ใบจำหน่าย รพ.วชิระภูเก็ต

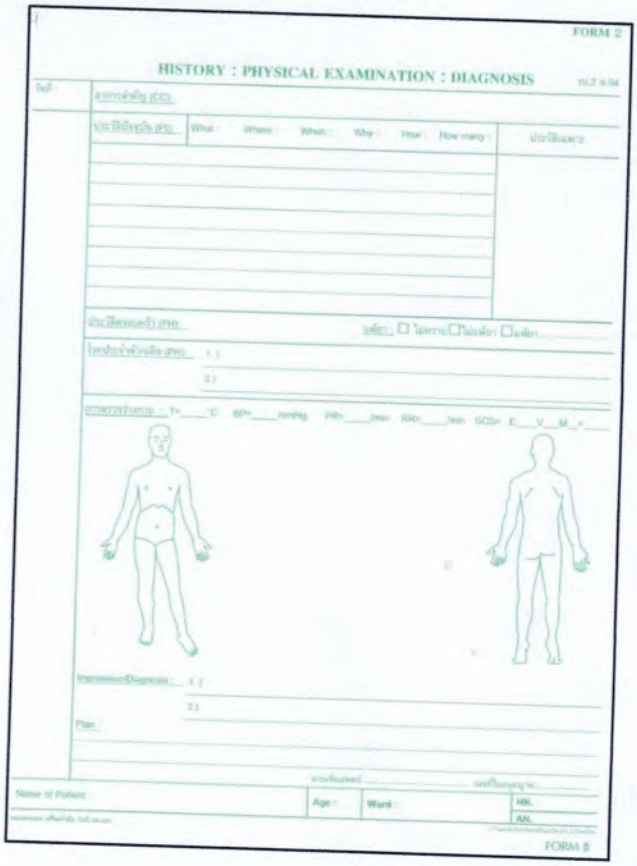
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๖.๐ x ๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีแดง) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ แผ่น/แพ็ค

รายการที่ ๕ ใบตรวจร่างกาย (รูปคน) รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีเขียว) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๖ ใบตารางตรวจสอบการไหลของสารน้ำและเฝ้าระวัง รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

ตารางตรวจสอบการไหลของสารน้ำ และเฝ้าระวัง Phlebitis กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

หน่วยงาน...เดือน...

การตรวจสอบ = จำนวนสารน้ำที่ได้รับเป็นไปตามแผนการรักษาหรือไม่ ขาด/เกิน ลงจำนวน CC Phlebitis = เฝ้าระวังการอักเสบของหลอดเลือด N = ไม่เกิด
Gr. = ระดับการเกิด Phlebitis นำข้อมูลการเกิดไปบันทึกต่อในแบบบันทึกข้อมูล Gr.0 = ไม่พบสิ่งผิดปกติ Gr.1 = แดงบริเวณที่แทงโดยมีหรือไม่มีการเจ็บ
Gr.2 = ปวดบริเวณที่แทงโดยมีการแดงและ/หรือบวม Gr.3 = ปวดบริเวณที่แทงโดยมีการแดงและ/หรือมีแนวอักเสบคลำเส้นได้ลำ
Gr.4 = ปวดบริเวณที่แทงโดยมีการแดงและ/หรือมีแนวอักเสบคลำเส้นได้ลำมากกว่า 1 นิ้ว มีสารคัดหลั่ง

วดป. On/Off	ชนิดสารน้ำ/Rate	HL	เวรดึก							เวรเช้า							เวรบ่าย						
			การตรวจสอบ				Phlebitis			การตรวจสอบ				Phlebitis			การตรวจสอบ				Phlebitis		
			เวลา	เหลือ	ขาด	เกิน	N	Gr.	ลงชื่อ	เวลา	เหลือ	ขาด	เกิน	N	Gr.	ลงชื่อ	เวลา	เหลือ	ขาด	เกิน	N	Gr.	ลงชื่อ

สติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย

(ลงชื่อ)...ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ)...กรรมการ

(ลงชื่อ)...กรรมการ

รายการที่ ๗ ใบติดขวดน้ำเกลือ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐.๐ x ๕.๐ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

ขวดที่.....เตียง.....
ชื่อ.....
ชนิดของสารน้ำที่ให้.....
ยาที่ผสม.....
เริ่มให้วันที่.....เวลา.....
หมดวันที่.....เวลา.....
จำนวนหยด / นาที.....
ชื่อผู้เตรียม.....ชื่อผู้ให้.....

รายการที่ ๘ ใบบันทึกการพยาบาลรพ.๗ (ใบต่อ) รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

FORM 17.1 (ใบต่อ)

แบบบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (ใบต่อ)

วัน/เดือน/ปี	เวลา	T °C	P ครั้ง/Min	R ครั้ง/Min	BP mmHg	ปัญหา/อาการและอาการแสดง	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล	ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

สติ๊กเกอร์

FORM 22.1 (ใบต่อ)
แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(ลงชื่อ).....กรรมการ
(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๙ ใบบันทึกการพยาบาล (รพ.๗) รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

FORM 17.1

แบบบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

	เวรดึก...../...../.....	เวรเช้า...../...../.....	เวรบ่าย...../...../.....
ข้อวินิจฉัย			

ว.ด.ป.	เวลา	T °C	P ครั้ง/Min	R ครั้ง/Min	BP mmHg	ปัญหา / อาการและอาการแสดง	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล	ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

สติ๊กเกอร์

FORM 22.1
แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๐ ใบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (ส่วนที่๑) รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

FORM 17.2 D-1

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ส่วนที่ 1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย / ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย

P (Patient) หมายถึง ผู้ป่วย / C (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแล

รู้ หมายถึง ตอบได้ถูกต้อง ทำตามที่สาธิตได้ / ไม่รู้ หมายถึง ต้องการการสอนซ้ำ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับผู้ใช้บริการ รวมถึงบันทึกการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถปรับแผนการดูแล การพยาบาลได้สอดคล้องกับผู้ใช้บริการ

	ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในเรื่อง	ผู้รับ		วิธีการ		การประเมินผล							ผลการสอนซ้ำ/ลงชื่อ/วดป.			
				แนะนำ	สาธิต	ตอบได้ถูกต้อง		ทำตามสาธิตได้		ต้องการการสอนซ้ำ		ลงชื่อ/วดป	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
		P	C	ลงชื่อ/วดป	ลงชื่อ/วดป	P	C	P	C	P	C		รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้
M	☐ ความรู้เกี่ยวกับยา															
E	☐ การจัดการสิ่งแวดล้อม															
	☐ การจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม															
T	☐ ความรู้เกี่ยวกับโรค/การเจ็บป่วยที่เป็น/การรักษา															
	☐ การสังเกตอาการผิดปกติ															
	☐ การจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเอง															
H	☐ การทำกิจวัตรประจำวัน															
	☐ การฟื้นฟูสภาพ															
	☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน															
O	☐ การมาตรวจตามนัด															
	☐ การติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน															
D	☐ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ															

สติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย

FORM 22.2 D-1

แบบบันทึกจำหน่าย / QA 51 / รพ.วชิระภูเก็ต

แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๑ ใบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (ส่วนที่๒) รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต FORM 17.2 D-2

ส่วนที่ 2. การบันทึกก่อนจำหน่าย

วันที่จำหน่าย.....เวลา.....น.

ประเภทของการจำหน่าย ☐ แพทย์อนุญาต ☐ ไม่สมัครอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม
☐ ส่งต่อการรักษา (ระบุสถานบริการที่ส่งต่อ).....

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

สัญญาณชีพ T.....C° PR...../min RR...../min BP.....mmHg

ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่ค่อยรู้สึกตัว ☐ ไม่รู้สึกตัว

สภาพจิตใจ ☐ สดชื่น ☐ วิตกกังวล ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ความสามารถในการดูแลตนเอง ☐ ดูแลตนเองได้
☐ ต้องการผู้ช่วยดูแลบ้าง ผู้ดูแลคือ (ระบุชื่อ).....เป็น.....ของผู้ป่วย
☐ ต้องการผู้ช่วยดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลคือ (ระบุชื่อ).....เป็น.....ของผู้ป่วย

อาการผู้ป่วย.....

อุปกรณ์การรักษาที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย ☐ NG tube ☐ Gastrostomy tube ☐ Foley catheter
☐ Tracheostomy tube ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย ☐ ยา ☐ ใบนัด ☐ ใบ lab ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ ใบรายงานของแพทย์ ☐ ใบ refer ☐ ฟิล์มเอ็กซเรย์
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การมาพบแพทย์ตามนัด ☐ ไม่นัด ☐ นัด ตัดใหม่ วันที่.....เวลา.....น. สถานที่.....
☐ นัด พบแพทย์.....วันที่.....เวลา.....น. สถานที่.....
☐ นัด พบแพทย์.....วันที่.....เวลา.....น. สถานที่.....

การตรวจสอบสิทธิการรักษา ☐ ใช้สิทธิได้ ☐ จ่ายเงินเอง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ผู้มารับผู้ป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุชื่อ).....เป็น.....ของผู้ป่วย โทรศัพท์.....

จำหน่ายโดย ☐ เดินกลับ ☐ รถนั่ง ☐ เปลนอน ☐ ตู้ม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ผู้บันทึกการจำหน่าย/ตำแหน่ง.....

กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม

แพทย์ลงความเห็นว่าถึงแก่กรรม วันที่.....เวลา.....น. **แพทย์ผู้ลงความเห็น**.....

การยินยอมให้ชันสูตรศพ ☐ ไม่ยินยอม ☐ ยินยอม ระบุชื่อ.....เป็น.....ของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล ☐ สนับสนุนด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแล ☐ อำนวยความสะดวกในเรื่องเกี่ยวกับศาสนา และความเชื่อ
☐ ถอดท่อ หรือสายต่างๆ ออก ☐ จัดให้อยู่ในท่าถูกต้องตามหลักสรีระของร่างกาย
☐ แนะนำเรื่องการแจ้งตาย ☐ แนะนำเรื่องการขอรับศพ
☐ เขียนป้ายชื่อผูกข้อมือศพ ☐ ตรวจสอบสิทธิการรักษา
☐ ประสานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (ระบุชื่อหน่วยงาน/ผู้รับรายงาน).....

ย้ายไปห้องเก็บศพภายหลังถึงแก่กรรมแล้ว 2 ชั่วโมง วันที่.....เวลา.....น.

ผู้บันทึกการจำหน่าย/ตำแหน่ง.....

แบบบันทึกจำหน่าย / QA 51 / รพ.วชิระภูเก็ต

สติกเกอร์ชื่อผู้ป่วย

FORM 22.2 D-2

แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๒ ใบประเมินภาวะสุขภาพ๒๐A รพ.วชิระภูเก็ต

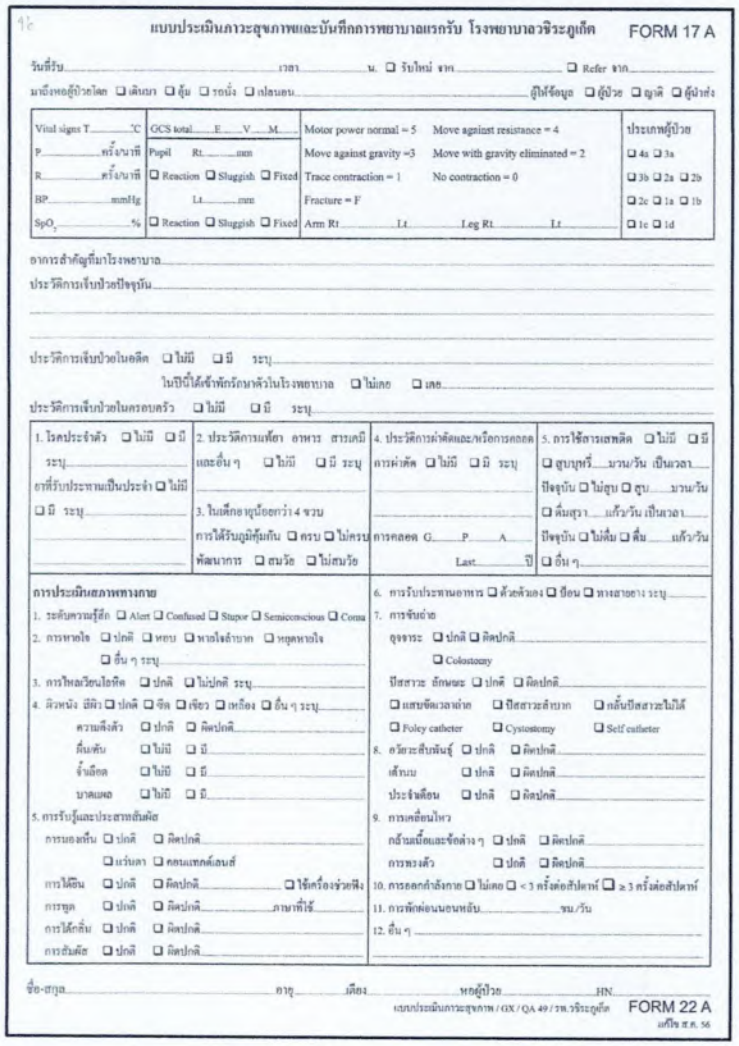
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



แบบประเมินภาวะสุขภาพและบันทึกการพยาบาลแรกรับ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต FORM 17 A

วันที่รับ.....เวลา.....น. ☐ รับใหม่ จาก..... ☐ Refer จาก.....

มาถึงหอผู้ป่วยโดย ☐ เดินมา ☐ อุ้ม ☐ รถนั่ง ☐ เปลนอน..... ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ ผู้นำส่ง

Vital signs	GCS total.....E.....V.....M.....	Motor power normal = 5	Move against resistance = 4	ประเภทผู้ป่วย
T.....°C				
P.....ครั้ง/นาที	Pupil Rt.....mm	Move against gravity =3	Move with gravity eliminated = 2	☐ 4a ☐ 3a
R.....ครั้ง/นาที	☐ Reaction ☐ Sluggish ☐ Fixed	Trace contraction = 1	No contraction = 0	☐ 3b ☐ 2a ☐ 2b
BP.....mmHg	Lt.....mm	Fracture = F		☐ 2c ☐ 1a ☐ 1b
SpO_2.....%	☐ Reaction ☐ Sluggish ☐ Fixed	Arm Rt.....Lt.....	Leg Rt.....Lt.....	☐ 1c ☐ 1d

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ในปีนี้ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ยาที่รับประทานเป็นประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	2. ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี และอื่น ๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... 3. ในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ขวบ การได้รับภูมิคุ้มกัน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ พัฒนาการ ☐ สมวัย ☐ ไม่สมวัย	4. ประวัติการผ่าตัดและ/หรือการคลอด การผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... การคลอด G.....P.....A..... Last.....ปี	5. การใช้สารเสพติด ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ สูบบุหรี่.....มวน/วัน เป็นเวลา..... ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ.....มวน/วัน ☐ ดื่มสุรา.....แก้ว/วัน เป็นเวลา..... ปัจจุบัน ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม.....แก้ว/วัน ☐ อื่น ๆ.....

การประเมินสภาพทางกาย

1. ระดับความรู้สึก ☐ Alert ☐ Confused ☐ Stupor ☐ Semiconscious ☐ Coma
2. การหายใจ ☐ ปกติ ☐ หอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ หยุดหายใจ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
3. การไหลเวียนโลหิต ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....
4. ผิวหนัง สีผิว ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เขียว ☐ เหลือง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
   ความตึงตัว ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   ผื่น/ตัน ☐ ไม่มี ☐ มี.....
   จ้ำเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี.....
   บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ มี.....
5. การรับรู้และประสาทสัมผัส
   การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   ☐ แว่นตา ☐ คอนแทคต์เลนส์
   การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ..... ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง
   การพูด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ..... ภาษาที่ใช้.....
   การได้กลิ่น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
6. การรับประทานอาหาร ☐ ด้วยตัวเอง ☐ ป้อน ☐ ทางสายยาง ระบุ.....
7. การขับถ่าย
   อุจจาระ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   ☐ Colostomy
   ปัสสาวะ ลักษณะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   ☐ แสบขัดเวลาถ่าย ☐ ปัสสาวะลำบาก ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้
   ☐ Foley catheter ☐ Cystostomy ☐ Self catheter
8. อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   เต้านม ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   ประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
9. การเคลื่อนไหว
   กล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
   การทรงตัว ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
10. การออกกำลังกาย ☐ ไม่เคย ☐ < 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ ≥ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
11. การพักผ่อนนอนหลับ.....ชม./วัน
12. อื่น ๆ .....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....เตียง.....หอผู้ป่วย.....HN.....

เอกสารประเมินภาวะสุขภาพ / QX / QA 49 / รพ.วชิระภูเก็ต FORM 22 A

แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๓ ใบประเมินภาวะสุขภาพ๒๐B รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

การประเมินสภาพทางจิตสังคม/จิตวิญญาณ

1. การรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วย กระทบต่อภาพลักษณ์ ❑ ไม่มี ❑ มี _____
กระทบต่อบทบาทและจิตใจ ❑ ไม่มี ❑ มี _____
2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ❑ ไม่มี ❑ มี ○ ต่อครอบครัว ○ ต่ออาชีพ ○ สัมพันธภาพในครอบครัว ○ สัมพันธภาพกับผู้อื่น
3. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด
สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ/กังวลใจ/กลัวในขณะที่ป่วย/การตั้งครรภ์และการคลอด ❑ ไม่มี ❑ มี ○ การเจ็บป่วย ○ เศรษฐกิจ ○ อื่น ๆ ระบุ
วิธีผ่อนคลายความเครียด ❑ แยกตัวเอง ❑ ปรึกษาผู้ใกล้ชิด _____ ❑ งานอดิเรก _____
❑ ใช้ยา/สารเสพติด _____ ❑ อื่น ๆ ระบุ _____
4. คุณค่าและความเชื่อ สิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต
การเจ็บป่วยครั้งนี้สาเหตุจาก ❑ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ❑ ตามวัย ❑ เคราะห์กรรม ❑ อื่น ๆ ระบุ _____
ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ❑ ไม่ต้องการ ❑ ต้องการ _____
สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ❑ ไม่มี ❑ มี _____

สิทธิการรักษา ❑ เบิกได้ ❑ ประกันสังคม ❑ บัตรทอง ❑ เงินสด ❑ พ.ร.บ. ❑ อื่น ๆ ระบุ _____
บุคคลที่ติดต่อได้ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____ สถานที่ติดต่อได้ _____ โทร. _____
ให้ข้อมูลคำแนะนำ ❑ กฎระเบียบการพักและการเข้าเยี่ยม ❑ สถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ ❑ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และให้ลงชื่อยินยอมรับการรักษา
❑ การเตรียมแยกสารสิทธิ ❑ ชื่อแพทย์เจ้าของไข้/พยาบาล

วดป. ที่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อสนับสนุน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กิจกรรมการพยาบาล	วดป. ที่สิ้นสุดปัญหา	ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ เตียง _____ หอผู้ป่วย _____ HN. _____

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย /QA 49/รพ.วชิระภูเก็ต FORM 20B
แก้ไข ส.ค. 56

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๔ ใบปริมาณงานนอกเวลาราชการรพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ ไม่น้อยกว่า ๖๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๗.๕ x ๒๑ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีน้ำเงิน) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

รายงานปริมาณงานนอกเวลาราชการและวันหยุด

ชื่อ..... ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

☐ ห้องผ่าตัด ☐ กลุ่มงาน/ฝ่าย..... ☐ หอผู้ป่วย..... ☐ เตียงที่.....

ชื่อผู้ป่วย..... HN. .....

วินิจฉัย.....

หัตถการ/กิจกรรม.....

ตั้งแต่เวลา.....น. ถึง.....น. ค่าตอบแทน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง

(ผู้เขียน).....เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

รายการที่ ๑๕ ใบปริมาณน้ำที่ได้รับและสูญเสียใน๒๔ชม. รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

FORM 20

ใบบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและสูญเสียใน 24 ชั่วโมง

ว.ด.ป. เวลา	รายการ	ทางที่ให้	เริ่มให้		สิ้นสุด		ปัสสาวะ	อาเจียน	ของเสีย	อุจจาระ	หมายเหตุ
			เวลา	จีซี	เวลา	จีซี	จีซี	จีซี	จีซี	จีซี	

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เดือน.....เตียง.....HN.....

FORM 4

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๑๖ ป้ายเตียงสีฟ้า รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๑๗ ป้ายเตียงสีชมพู รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๑๘ ป้ายเตียงสีม่วง รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษการ์ดสีฟ้า, ชมพู, ม่วง SK ไม่น้อยกว่า ๒๗๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๑.๐ x ๘.๐ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๒ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

Name.....Age.....

Admit.Date.....Time.....

Doctor.....

รายการที่ ๑๙ ผ.๐๒๖ แผนการรักษาประจำวัน รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐.๐ x ๑๔ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

ผ. 026

Bed ..... **Name**.....

Date	Order for one day

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๐ แผนการพยาบาลรพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๗.๕ x ๑๓.๔ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๒ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ แผ่น/แพ็ค

แผนการพยาบาล

ประเภทผู้ป่วย ☐I ☐II ☐III ☐IV **การติดเชื้อ** ☐ใช่ ☐ไม่ติดเชื้อ **แพ้ยาหรือสารชนิด** _____	อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	
กิจกรรมการพักผ่อน ☐ห้ามลุกจากเตียง ☐พาไปห้องน้ำได้ ☐อื่น ๆ _____	ความต้องการและปัญหา	การสนองความต้องการและการแก้ปัญหา
การทำความสะอาดร่างกาย ☐เช็ดตัวให้ทั้งหมด ☐เช็ดตัวให้บางส่วน ☐อาบน้ำเอง ☐อื่น ๆ _____		
ดวงน้ำดื่ม-ปัสสาวะ ☐ทุก 8 ชม. ☐ทุก 1 ชม. ☐ _____		
วัดความดันโลหิต ☐เช้า ☐เช้า-เย็น ☐ _____		
วัดอุณหภูมิ-ชีพจร-หายใจ ☐เช้า-เย็น ☐ทุก 4 ชม. ☐ _____		
อาหาร _____ HN _____ AN _____ อื่น ๆ _____		

การวินิจฉัยครั้งแรก.....การผ่าตัด.....การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....
ชื่อ.....อายุ.....ปี ศาสนา.....เตียง.....รับวันที่/เวลา.....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๑ แผนการรักษา รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษการ์ดสีขาว ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๗.๕ x ๑๓.๔ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๒ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

แผนการรักษา นามผู้ป่วย HN.

วดป.	ยา	ขนาด	ทางที่ให้	กำหนดเวลา	เวลาเริ่มให้ยา	วันที่หยุดยา	วดป.	การรักษา	กำหนดเวลา	วันที่หยุดการรักษา

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๒ ฟอร์มติดLAB รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

ฟอร์มติด Lab Form 11

Name of Patient	Age	Hospital Number
Department of Service	Ward	Attending Physician

Form 9

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

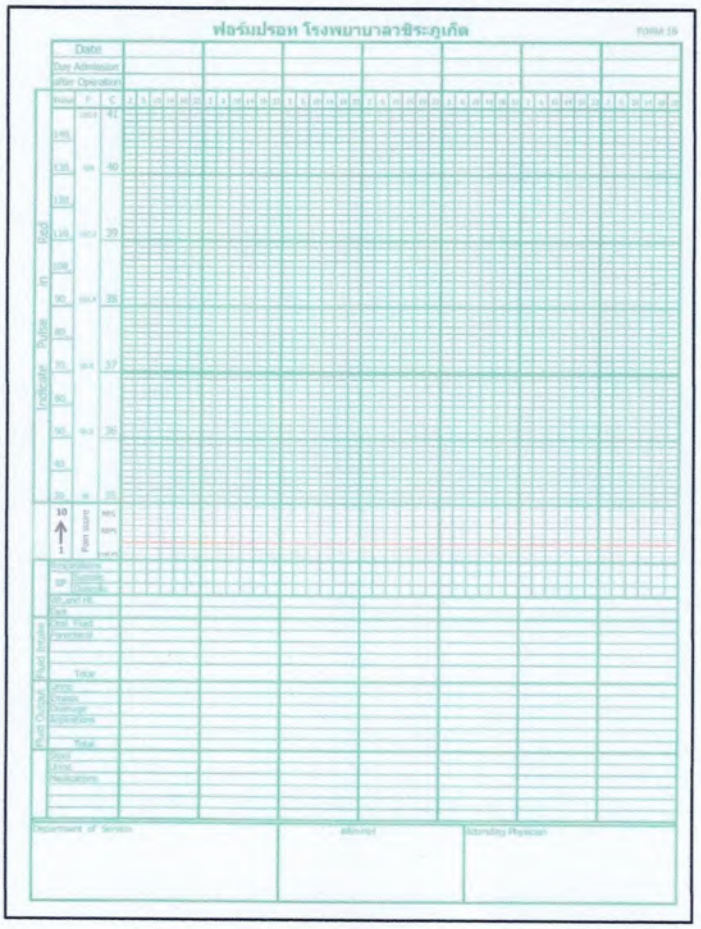
(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๓ ฟอร์มปรอท รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๓ สี (สีดำ,เขียว,แดง) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๔ สติ๊กเกอร์ติดขวด IV Dopamine รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๒๕ สติ๊กเกอร์ติดขวด IV Magnesium sulfate รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐.๐ x ๕.๐ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

รายการที่ ๒๖ สติ๊กเกอร์ติดขวด IV Potassium รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐.๐ x ๕.๐ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

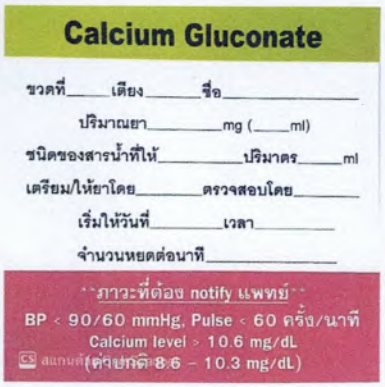
(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๗ สติ๊กเกอร์ติดขวด IV ๑๐% Calcium gluconate รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

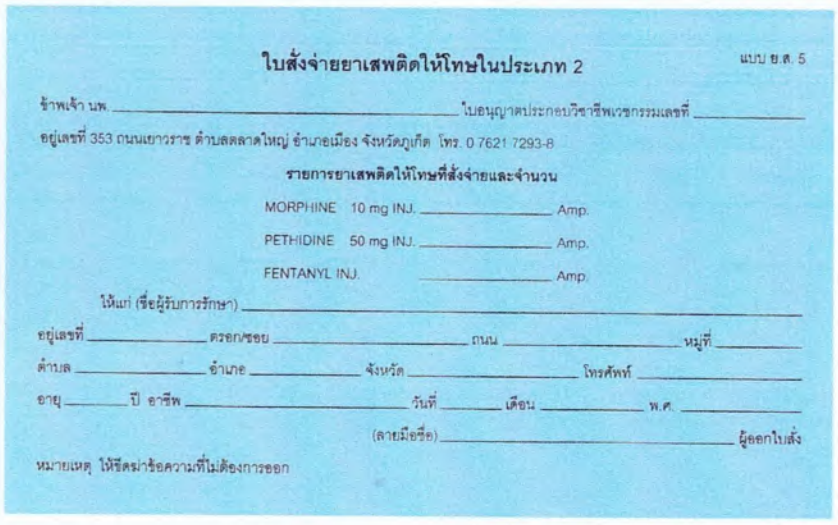
๑. กระดาษสติ๊กเกอร์ขาวเงา
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๙ x ๙ ซม.
๓. พิมพ์ ๔ สี ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



รายการที่ ๒๘ สมุดจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนหลังเคลือบฟ้า
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐.๕ x ๑๙.๐ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม



ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แบบ ย.ส. 5

ข้าพเจ้า นพ. _____ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

อยู่เลขที่ 353 ถนนเยาวราช ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต โทร. 0 7621 7293-8

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

MORPHINE 10 mg INJ. _____ Amp.

PETHIDINE 50 mg INJ. _____ Amp.

FENTANYL INJ. _____ Amp.

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษา) _____

อยู่เลขที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ หมู่ที่ _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ โทรศัพท์ _____

อายุ _____ ปี อาชีพ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลายมือชื่อ) _____ ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๒๙ สมุดรายการฝากนึ่งอุปกรณ์ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนสีชมพูบน ขาวล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

<u>ใบรายการแลก-ฝากนึ่ง อุปกรณ์/เครื่องมือ ของหน่วยงานจ่ายกลาง</u>

ตึก..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการ	จำนวนส่ง		หมดอายุ		หมายเหตุของค้าง
		ส่ง	รับ	ส่ง	รับ	
1	Syringes Irrigate					
2	Syringes 50 cc					
3	Syringes 20 cc					
4	Syringes 10 cc					
5	Syringes 5 cc					
6	Syringes 2 cc					
7	Syringes Insulin 80/100					
8	กล่องเข็มฉีดยา					
9	ชุดทำแผล					
10	ชุดชำระ					
11	ชุดล้างปาก					
12	ชุดสวนปัสสาวะ					
13	ชุดเก็บแผล					
14	ชุดคลอด					
15	ชุดกระปุก+Forcept					
16	หนังบรรจุ Gauze+ลำดี					
17	กระปุกเปล่า/กระปุกใส่ลำดี					
18	กระปุกหัวเข็ม					
19	กรรไกรตัดไหม/กรรไกรตัดเนื้อ					
20	Tray ไม้พันลำดีหัวโต					
21	Tray กลมลำดี					
22	Tray กลม Gauze					
23	Tray กลม GauzeIV					
24	Tray กลมเปล่า					
25	Tray เปล่าเล็ก/Tray เปล่ากลาง					
26	Set cut down					
27	Set เจาะต่างๆ					
28	Set PV					
29	Set Irrigate					
30	Set เข็มตา					

ลำดับ	รายการ	จำนวนส่ง		หมดอายุ		หมายเหตุของค้าง
		ส่ง	รับ	ส่ง	รับ	
31	ไม้กดลิ้น					
32	ชามรูปไต / ด้านมัด					
33	Artery / Speculum					
34	Koker / Curellage					
35	หม้อ Douch					
36	Needle holder / Prove					
37	Forcepts					
38	ถ้วยน้ำยา					
39	เครื่องวัดไขสันหลัง					
40	ถุงมือ No. 8 (2 คู่/ห่อ)					
	ถุงมือ No. 7.5 (2 คู่/ห่อ)					
	ถุงมือ No. 7 (2 คู่/ห่อ)					
	ถุงมือ No. 6.5 (2 คู่/ห่อ)					
41	ถุงมือ Suction 10 ข้าง/ห่อ					
	ถุงมือ Suction 20 ข้าง/ห่อ					
42	สาย Suction No.14					
	No.10 / No.8 / No.5					
43	Gauze 6x6					
44	Top 5x8					
45	Gauze drain					
46	ไม้พันลำดีหัวเล็ก 1 มัด / 10 อัน					
47	อื่นๆ					

ผู้ส่ง..... ผู้รับ..... ผู้จ่าย.....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๐ สมุดรายการแลก อบแก๊ส รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนสีเหลืองบน ขาวล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

<u>ใบรายการแลก-ฝากอบแก๊ส อุปกรณ์/เครื่องมือ ของหน่วยงานจ่ายกลาง</u>

ตึก..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ลำดับ	รายการ	จำนวนส่ง		หมดอายุ		หมายเหตุของค้าง	ลำดับ	รายการ	จำนวนส่ง		หมดอายุ		หมายเหตุของค้าง
		ส่ง	รับ	ส่ง	รับ				ส่ง	รับ	ส่ง	รับ	
1	สาย Suction ขาว						31	Mask ธรรมดา					
2	สาย Suction สั้น						32	Mask ambu					
3	กระบ๋อง T - pice						33	Set paropac					
4	กระบ๋อง ออกซิเจน						34	Set Bird ขาว					
5	กรรไกร off max						35	สีบๆ					
6	ข้อต่อ Douch												
7	ขวด ICD												
8	ขวดนม												
9	เครื่องบริหารปอด												
10	ชุดพ่นยาผู้ใหญ่ / เด็ก												
11	ลูกสูบยางแดง												
12	แว่นตา												
13	สายจี												
14	สายสวนแดง												
15	สายออกซิเจน คู่												
16	สายออกซิเจน เดี่ยว												
17	สายออกซิเจน หัวโค												
18	สายสวน / สาย Douch												
19	สาย T - pice+ข้อต่อ												
20	สาย ICD +จุก												
21	3 ทาง+กระเป๋าพ่นยา												
22	หัวสวน / หัว Douch												
23	Air way												
24	Ambu+หัว+ถุง เด็ก / ผู้ใหญ่												
25	Collar mask												
26	ET Tube												
27	Filter กลม / เหลี่ยม												
28	Gide wire												
29	Hold mask												
30	Mask ถุงลม												

ผู้ส่ง..... ผู้รับ..... ผู้จ่าย.....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๑ สมุดลงเวลาปฏิบัติราชการ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. (ปก) ในกระดาษสีน้ำตาล KI ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒๕ แกรม (เนื้อใน) ใช้กระดาษปอนด์ ไม่น้อยกว่า ๗๐ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๑๐๐ แผ่น/เล่ม

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติราชการของข้าราชการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ประจำวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

<u>หมายเหตุ</u> รายละเอียดผู้ไม่มาปฏิบัติราชการ ข้าราชการทั้งหมด.....คน

1. .....เหตุที่ไม่มา..... มาปฏิบัติราชการ.....คน
2. .....เหตุที่ไม่มา..... ไม่มา .....คน
3. .....เหตุที่ไม่มา..... มาสาย .....คน
4. .....เหตุที่ไม่มา..... ไปราชการ .....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

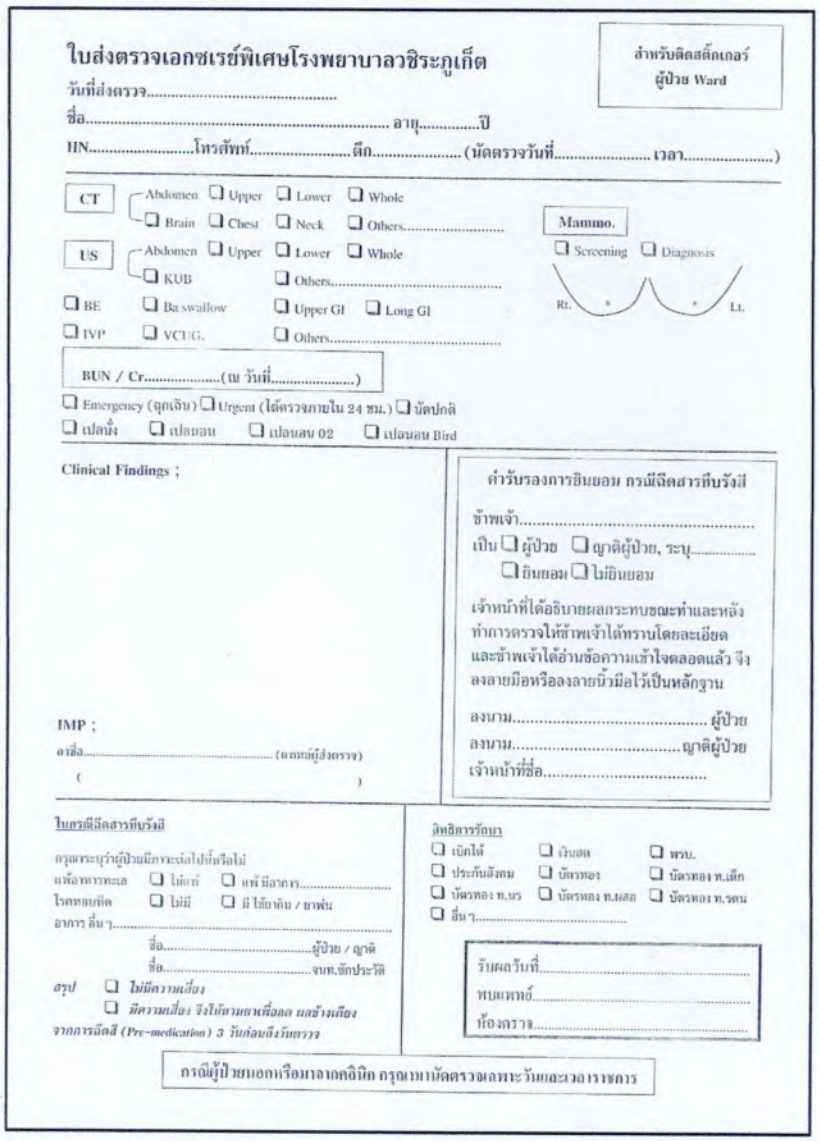
(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๒ สมุดส่งตรวจรังสีพิเศษ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน , เหลืองล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ) ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๑๐๐ ชุด/เล่ม



ใบส่งตรวจเอกซเรย์พิเศษโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ ผู้ป่วย Ward

วันที่ส่งตรวจ.....

ชื่อ..... อายุ.....ปี

HN.....โทรศัพท์.....ตึก..... (นัดตรวจวันที่..... เวลา.....)

CT: Abdomen ❑ Upper ❑ Lower ❑ Whole ❑ Brain ❑ Chest ❑ Neck ❑ Others.....

US: Abdomen ❑ Upper ❑ Lower ❑ Whole ❑ KUB ❑ Others.....

❑ BE ❑ Ba swallow ❑ Upper GI ❑ Long GI

❑ IVP ❑ VCUG. ❑ Others.....

Mammo. ❑ Screening ❑ Diagnosis

Rt. * * Lt.

BUN / Cr.....(ณ วันที่.....)

❑ Emergency (ฉุกเฉิน) ❑ Urgent (ได้ตรวจภายใน 24 ชม.) ❑ นัดปกติ

❑ เปลนั่ง ❑ เปลนอน ❑ เปลนอน 02 ❑ เปลนอน Bird

Clinical Findings ;

IMP ;

ลาชื่อ..... (แพทย์ผู้ส่งตรวจ)

( )

คำรับรองการยินยอม กรณีฉีดสารทึบรังสี

ข้าพเจ้า.....

เป็น ❑ ผู้ป่วย ❑ ญาติผู้ป่วย, ระบุ.....

❑ ยินยอม ❑ ไม่ยินยอม

เจ้าหน้าที่ได้อธิบายผลกระทบขณะทำและหลังทำการตรวจให้ข้าพเจ้าได้ทราบโดยละเอียด และข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือลงลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม..... ผู้ป่วย

ลงนาม..... ญาติผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ชื่อ.....

ในกรณีฉีดสารทึบรังสี

กรุณาระบุว่าผู้ป่วยมีภาวะต่อไปนี้หรือไม่

แพ้อาหารทะเล ❑ ไม่แพ้ ❑ แพ้ มีอาการ.....

โรคหอบหืด ❑ ไม่มี ❑ มี ใช้ยาดิบ / ยาพ่น

อาการ อื่น ๆ.....

ชื่อ.....ผู้ป่วย / ญาติ

ชื่อ.....จนท.ซักประวัติ

สรุป ❑ *ไม่มีความเสี่ยง*

❑ *มีความเสี่ยง จึงให้หามยาเพื่อลด ผลข้างเคียง*

จากการฉีดสี (Pre-medication) 3 วันก่อนถึงวันตรวจ

สิทธิการรักษา

❑ เบิกได้ ❑ เงินสด ❑ พรบ.

❑ ประกันสังคม ❑ บัตรทอง ❑ บัตรทอง ท.เด็ก

❑ บัตรทอง ท.นร ❑ บัตรทอง ท.ผสอ ❑ บัตรทอง ท.รดน

❑ อื่น ๆ.....

รับผลวันที่.....

พบแพทย์.....

ห้องตรวจ.....

กรณีผู้ป่วยนอกหรือมาจากคลินิก กรุณานำนัดตรวจเฉพาะวันและเวลาราชการ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๓ แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ รพ.วชิระภูเก็ต

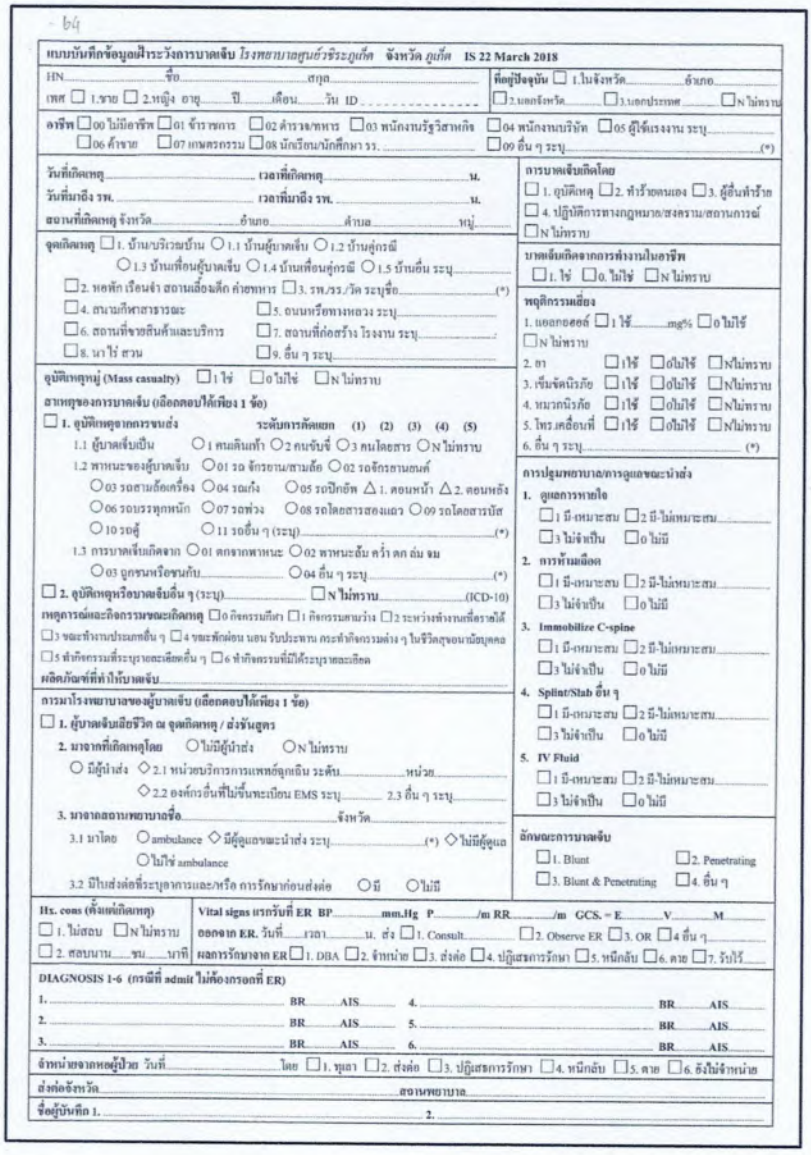
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPT ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม

๒. ขนาด กว้างxสูง ไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (ดำ)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



- b4

แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ *โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต* จังหวัด *ภูเก็ต* IS 22 March 2018

HN.....ชื่อ.....สกุล.....
เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน ID . . . . . .

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ 1.ในจังหวัด.....อำเภอ.....
☐ 2.นอกจังหวัด ☐ 3.นอกประเทศ..... ☐ N ไม่ทราบ

อาชีพ ☐ 00 ไม่มีอาชีพ ☐ 01 ข้าราชการ ☐ 02 ตำรวจ/ทหาร ☐ 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 04 พนักงานบริษัท ☐ 05 ผู้ใช้แรงงาน ระบุ.....
☐ 06 ค้าขาย ☐ 07 เกษตรกรรม ☐ 08 นักเรียน/นักศึกษา รร. ..... ☐ 09 อื่น ๆ ระบุ.....(*)

วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....น.
วันที่มาถึง รพ. ..... เวลาที่มาถึง รพ. .....น.
สถานที่เกิดเหตุ จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....หมู่.....

การบาดเจ็บเกิดโดย
☐ 1. อุบัติเหตุ ☐ 2. ทำร้ายตนเอง ☐ 3. ผู้อื่นทำร้าย
☐ 4. ปฏิบัติการทางกฎหมาย/สงคราม/สถานการณ์
☐ N ไม่ทราบ

จุดเกิดเหตุ ☐ 1. บ้าน/บริเวณบ้าน ○ 1.1 บ้านผู้บาดเจ็บ ○ 1.2 บ้านคู่กรณี
○ 1.3 บ้านเพื่อนผู้บาดเจ็บ ○ 1.4 บ้านเพื่อนคู่กรณี ○ 1.5 บ้านอื่น ระบุ.....
☐ 2. หอพัก เรือนจำ สถานเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร ☐ 3. รพ./รร./วัด ระบุชื่อ.....(*)
☐ 4. สนามกีฬาสาธารณะ ☐ 5. ถนนหรือทางหลวง ระบุ.....
☐ 6. สถานที่ขายสินค้าและบริการ ☐ 7. สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน ระบุ.....
☐ 8. นา ไร่ สวน ☐ 9. อื่น ๆ ระบุ.....

บาดเจ็บเกิดจากการทำงานในอาชีพ
☐ 1. ใช่ ☐ 0. ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ

พฤติกรรมเสี่ยง
1. แอลกอฮอล์ ☐ 1 ใช้.....mg% ☐ 0 ไม่ใช้
☐ N ไม่ทราบ
2. ยา ☐ 1ใช้ ☐ 0ไม่ใช้ ☐ Nไม่ทราบ
3. เข็มฉีดนิรภัย ☐ 1ใช้ ☐ 0ไม่ใช้ ☐ Nไม่ทราบ
4. หมวกนิรภัย ☐ 1ใช้ ☐ 0ไม่ใช้ ☐ Nไม่ทราบ
5. โทรศเคลื่อนที่ ☐ 1ใช้ ☐ 0ไม่ใช้ ☐ Nไม่ทราบ
6. อื่น ๆ ระบุ.....(*)

อุบัติเหตุหมู่ (Mass casualty) ☐ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่ ☐ N ไม่ทราบ

สาเหตุของการบาดเจ็บ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

☐ 1. อุบัติเหตุจากการขนส่ง ระดับการคัดแยก (1) (2) (3) (4) (5)
1.1 ผู้บาดเจ็บเป็น ○ 1 คนเดินเท้า ○ 2 คนขับขี่ ○ 3 คนโดยสาร ○ N ไม่ทราบ
1.2 พาหนะของผู้บาดเจ็บ ○ 01 รถ จักรยาน/สามล้อ ○ 02 รถจักรยานยนต์
○ 03 รถสามล้อเครื่อง ○ 04 รถเก๋ง ○ 05 รถปิกอัพ △ 1. ตอนหน้า △ 2. ตอนหลัง
○ 06 รถบรรทุกหนัก ○ 07 รถพ่วง ○ 08 รถโดยสารสองแถว ○ 09 รถโดยสารบัส
○ 10 รถตู้ ○ 11 รถอื่น ๆ (ระบุ).....(*)
1.3 การบาดเจ็บเกิดจาก ○ 01 ตกจากพาหนะ ○ 02 พาหนะล้ม คว่ำ ตก ล่ม จม
○ 03 ถูกชนหรือชนกับ..... ○ 04 อื่น ๆ ระบุ.....(*)
☐ 2. อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บอื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ N ไม่ทราบ.....(ICD-10)

กิจกรรมขณะเกิดเหตุ ☐ 0 กิจกรรมเดิม ☐ 1 กิจกรรมตามว่าง ☐ 2 ระหว่างทำงานเพื่อรายได้
☐ 3 ขณะทำงานประเภทอื่น ๆ ☐ 4 ขณะพักผ่อน นอน รับประทาน กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตสุขอนามัยบุคคล
☐ 5 ทำกิจกรรมที่ระบุรายละเอียดอื่น ๆ ☐ 6 ทำกิจกรรมที่มีคำระบุรายละเอียด

ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้บาดเจ็บ.....

การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง
1. ดูแลการหายใจ
☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม.....
☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 0 ไม่มี
2. การห้ามเลือด
☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม.....
☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 0 ไม่มี
3. Immobilize C-spine
☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม.....
☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 0 ไม่มี
4. Splint/Slab อื่น ๆ
☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม.....
☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 0 ไม่มี
5. IV Fluid
☐ 1 มี-เหมาะสม ☐ 2 มี-ไม่เหมาะสม.....
☐ 3 ไม่จำเป็น ☐ 0 ไม่มี

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

☐ 1. ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ / ส่งชันสูตร
2. มาจากที่เกิดเหตุโดย ○ ไม่มีผู้นำส่ง ○ N ไม่ทราบ
○ มีผู้นำส่ง ◇ 2.1 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ.....หน่วย.....
◇ 2.2 องค์กรอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียน EMS ระบุ..... 2.3 อื่น ๆ ระบุ.....
3. มาจากสถานพยาบาลชื่อ.....จังหวัด.....
3.1 มาโดย ○ ambulance ◇ มีผู้ดูแลขณะนำส่ง ระบุ.....(*) ◇ ไม่มีผู้ดูแล
○ ไม่ใช่ ambulance
3.2 มีใบส่งต่อที่ระบุอาการและ/หรือ การรักษาก่อนส่งต่อ ○ มี ○ ไม่มี

ลักษณะการบาดเจ็บ
☐ 1. Blunt ☐ 2. Penetrating
☐ 3. Blunt & Penetrating ☐ 4. อื่น ๆ

Hx. cons (ตั้งแต่เกิดเหตุ)
☐ 1. ไม่สอบ ☐ N ไม่ทราบ
☐ 2. สอบนาน.....ชม.....นาที

Vital signs แรกรับที่ ER BP.....mm.Hg P...../m RR...../m GCS. = E.....V.....M.....
ออกจาก ER. วันที่.....เวลา.....น. ส่ง ☐ 1. Consult..... ☐ 2. Observe ER ☐ 3. OR ☐ 4 อื่น ๆ.....
ผลการรักษาจาก ER ☐ 1. DBA ☐ 2. จำหน่าย ☐ 3. ส่งต่อ ☐ 4. ปฏิเสธการรักษา ☐ 5. หนีกลับ ☐ 6. ตาย ☐ 7. รับไว้.....

DIAGNOSIS 1-6 (กรณีที่ admit ไม่ต้องกรอกที่ ER)
1. ..... BR.....AIS..... 4. ..... BR.....AIS.....
2. ..... BR.....AIS..... 5. ..... BR.....AIS.....
3. ..... BR.....AIS..... 6. ..... BR.....AIS.....

จำหน่ายจากหอผู้ป่วย วันที่..... โดย ☐ 1. ทุเลา ☐ 2. ส่งต่อ ☐ 3. ปฏิเสธการรักษา ☐ 4. หนีกลับ ☐ 5. ตาย ☐ 6. ยังไม่จำหน่าย

ส่งต่อจังหวัด.....สถานพยาบาล.....

ชื่อผู้บันทึก 1. ..... 2. .....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๔ ใบคำยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาและผ่าตัด (บส๑๒) รพ.วชิระภูเก็ต

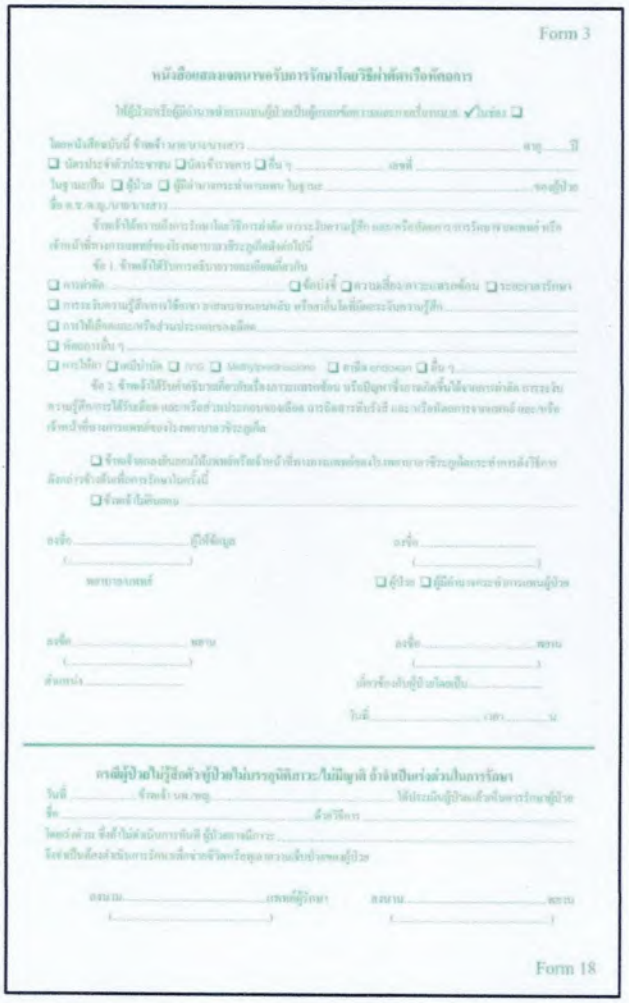
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (เขียว)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



Form 3

หนังสือยินยอมของคนไข้ยอมรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดหรือหัตถการ

ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ลงนามยินยอมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ ✓ในช่อง ☐

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ..... เลขที่ .....

ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแลกระทำการแทน ในฐานะ ..... ของผู้ป่วย

ชื่อ น.ส./ด.ญ./นาย/นาง/สาว .....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด การระงับความรู้สึก และหรือหัตถการการรักษาของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงและเข้าใจดีแล้วว่า

☐ การผ่าตัด ..... ☐ จัดบริการ ☐ ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ☐ ระยะเวลารักษา

☐ การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ☐ ชนิดของยาและยาหลับ หรือชนิดที่มีผลระงับความรู้สึก .....

☐ การให้เลือดและหรือส่วนประกอบของเลือด .....

☐ หัตถการอื่น ๆ .....

☐ การให้ยา ☐ ฉีดปูนคัน ☐ IVIG ☐ ปลดปล่อยพลังแม่เหล็ก ☐ ฉายรังสี ☐ ฉายแสง ☐ อื่น ๆ .....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การให้รังสีรักษา และหรือส่วนประกอบของเลือด การฉีดสารทึบรังสี และ หรือหัตถการของแพทย์ และ/หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

☐ ข้าพเจ้าทราบดีแล้วว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตจะทำการใช้การดังต่อไปนี้ข้างต้นเพื่อการรักษาในครั้งนี้

☐ ข้าพเจ้าไม่ยินยอม .....

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ข้อมูล
(.....)
พยาบาลแพทย์

ลงชื่อ .....
(.....)
☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแลกระทำการแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น .....

วันที่ ..... เวลา ..... น.

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/ผู้ป่วยไม่บรรลุนิติภาวะ/ไม่มีญาติ จำเป็นต่อชีวิตผู้ป่วย

วันที่ ..... ข้าพเจ้า นส./พญ. ..... ได้ประเมินผู้ป่วยแล้วจึงทำการรักษาผู้ป่วย

ชื่อ ..... ตัวย่อวิจิตร .....

โดยเร่งด่วน ซึ่งไม่ต้องมีการยินยอมผู้ป่วยตามปกติ

จึงจำเป็นต้องดำเนินการรักษาเพื่อช่วยชีวิตหรือลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

ลงนาม ..... แพทย์ผู้รักษา
(.....)

ลงนาม ..... พยาน
(.....)

Form 18

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๕ ใบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รพ.วชิระภูเก็ต

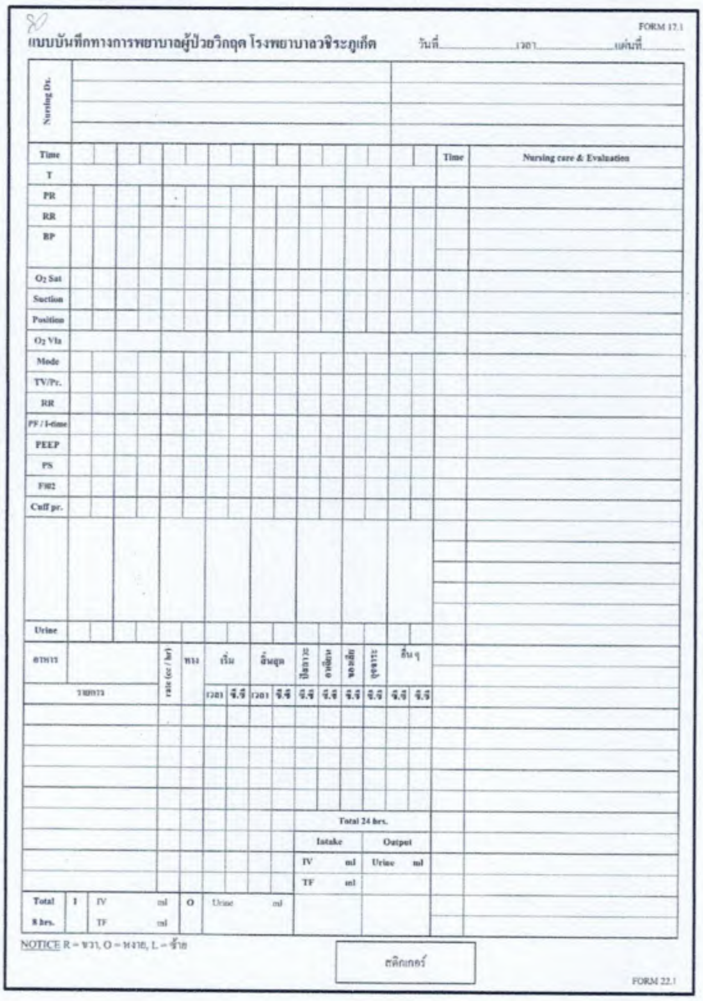
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (ดำ)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



FORM 17.1

แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วันที่.................... เวลา.................... แผ่นที่..........

Nursing Dx.

Time
T
PR
RR
BP
O_2 Sat
Suction
Position
O_2 Via
Mode
TV/Pr.
RR
PF / I-time
PEEP
PS
FiO2
Cuff pr.
Urine

Time | Nursing care & Evaluation

Total 24 hrs.
Intake | Output
IV ml | Urine ml
TF ml

Total 8 hrs. | I | IV ml | TF ml | O | Urine ml

NOTICE R = ขวา, O = หงาย, L = ซ้าย

สติกเกอร์

FORM 22.1

(ลงชื่อ)..ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ)..กรรมการ

(ลงชื่อ)..กรรมการ

รายการที่ ๓๖ ใบบันทึกบาดแผลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.วชิระภูเก็ต

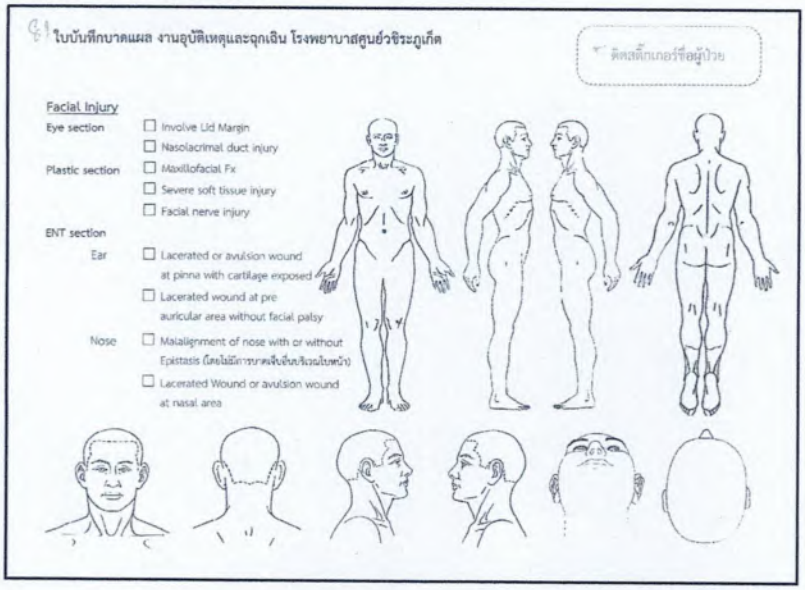
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

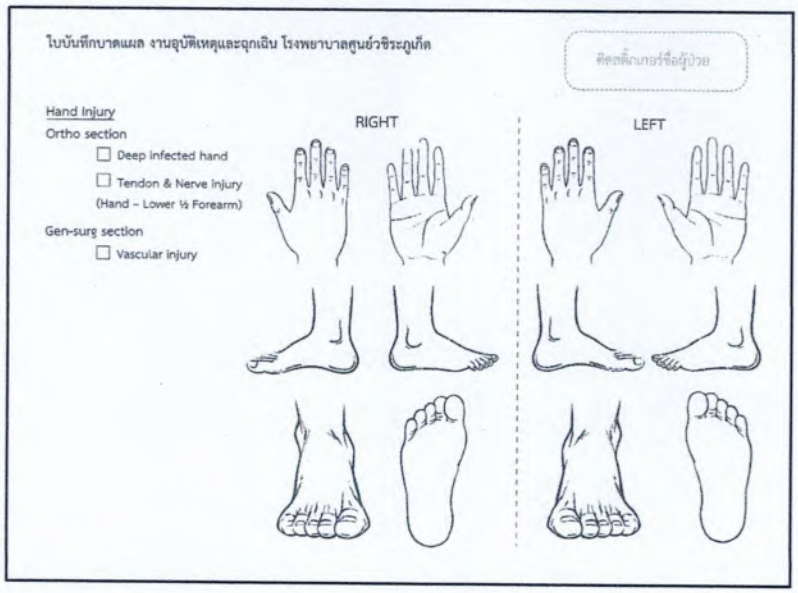
๑. กระดาษปอนด์ ไม่น้อยกว่า ๘๐ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๑๔.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๒ หน้า (ดำ)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แผ่น/แพ็ค





(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

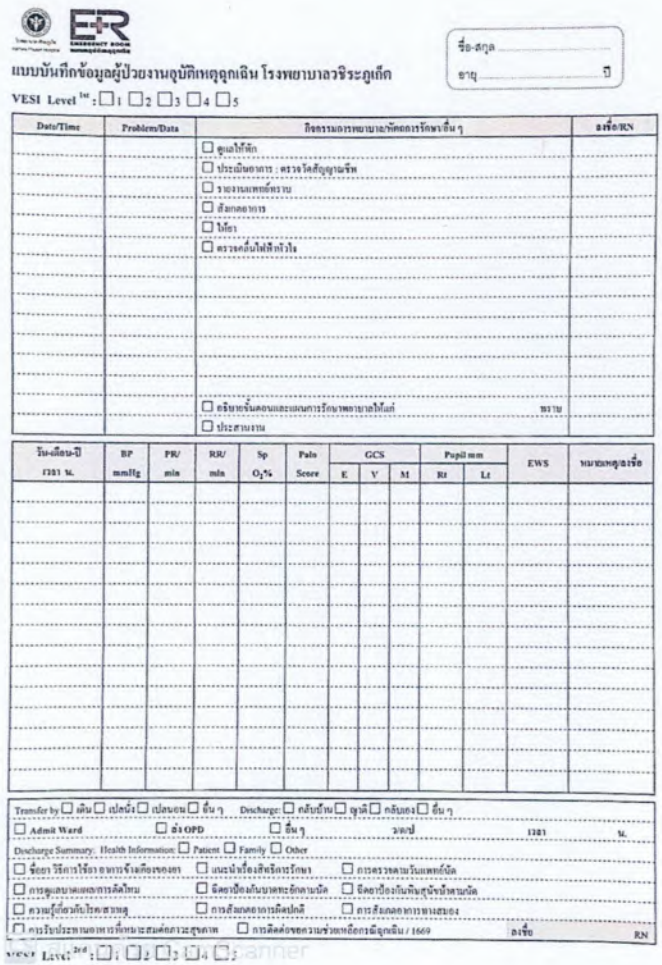
(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๗ สมุดทะเบียนผู้รับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๕๘ x ๒๑ ซม
๓. พิมพ์ ๑ สี/๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐ เล่ม/แพ็ค (๑๐๐ แผ่น/เล่ม)



ชื่อ-สกุล .....
อายุ ..... ปี

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

VESI Level 1st : ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Date/Time	Problem/Data	กิจกรรมการพยาบาล/หัตถการรักษา/อื่น ๆ	ลงชื่อ/RN
		☐ ดูแลให้พัก	
		☐ ประเมินอาการ : ตรวจวัดสัญญาณชีพ	
		☐ รายงานแพทย์ทราบ	
		☐ สังเกตอาการ	
		☐ ให้ยา	
		☐ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	
		☐ อธิบายขั้นตอนและแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ ทราบ	
		☐ ประสานงาน	

วัน-เดือน-ปี เวลา น.	BP mmHg	PR/ min	RR/ min	Sp O_2%	Pain Score	GCS E	GCS V	GCS M	Pupil mm Rt	Pupil mm Lt	EWS	หมายเหตุ/ลงชื่อ

Transfer by ☐ เดิน ☐ เปลนั่ง ☐ เปลนอน ☐ อื่น ๆ Discharge: ☐ กลับบ้าน ☐ ญาติ ☐ กลับเอง ☐ อื่น ๆ

☐ Admit Ward ☐ ส่ง OPD ☐ อื่น ๆ วด/ป เวลา น.

Discharge Summary: Health Information ☐ Patient ☐ Family ☐ Other

☐ ชื่อยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา ☐ แนะนำเรื่องสิทธิการรักษา ☐ การตรวจตามวันแพทย์นัด

☐ การดูแลบาดแผล/การตัดไหม ☐ ฉีดยาป้องกันบาดทะยักตามนัด ☐ ฉีดยาป้องกันพิษสุนัขบ้าตามนัด

☐ ความรู้เกี่ยวกับโรค/สาเหตุ ☐ การสังเกตอาการผิดปกติ ☐ การสังเกตอาการทางสมอง

☐ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพ ☐ การติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน / 1669 ลงชื่อ RN

VESI Level 2nd : ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

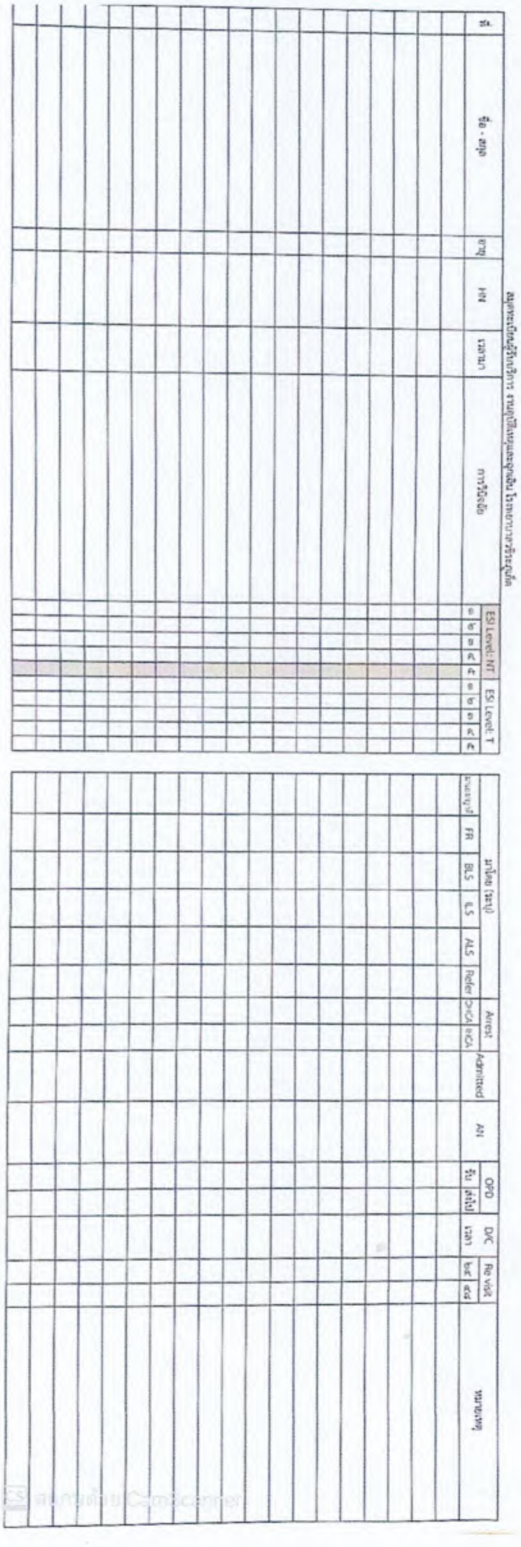
(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๓๘ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม
๓. พิมพ์ ๑ สี/๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค



(ลงชื่อ)..ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ)..กรรมการ

(ลงชื่อ)..กรรมการ

รายการที่ ๓๙ ใบวัดชีพจร รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม
๓. พิมพ์ ๒ สี/๑ หน้า (ดำ+น้ำเงิน)
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

FORM 17

NEUROLOGICAL OBSERVATION SHEET รพ.วชิระภูเก็ต

ชื่อ..... Diagnosis..... H.N..... Ward..... เตียง.....

		วันที่	Score	
		เวลา		
COMA SCALE	EYES OPEN (C=ตาบวมปิด)	SPONTANEOUSLY	4	
		TO SPEECH	3	
		TO PAIN	2	
		NONE	1	
	MOTOR RESPONSE	OBEY COMMANDS	6	
		LOCALIZE PAIN	5	
		FLEXION WITHDRAWAL	4	
		DECORTICATE	3	
		DECEREBRATE	2	
		NONE	1	
	VERBAL RESPONSE (T=ใส่ tube)	ORIENTED	5	
		CONFUSED	4	
		INAPPROPRIATE WORDS	3	
		INCOMPREHENSIVE SOUNDS	2	
		NONE	1	
	Coma score	Total		
		Pupil Scale (mm)	1 1.5 2 3 4 5 6 7 8	
PUPILS	R	ขนาด		
		ปฏิกิริยา		
	L	ขนาด		
		ปฏิกิริยา		
MOTOR POWER	แขน (F=fracture)	Normal strength	5	
		Move against resistance	4	
		Move against gravity	3	
		Move with gravity eliminated	2	
		Flicker or trace contraction	1	
		No contraction	0	
	ขา (F=fracture)	Normal strength	5	
		Move against resistance	4	
		Move against gravity	3	
		Move with gravity eliminated	2	
		Flicker or trace contraction	1	
		No contraction	0	

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๐ ใบเสร็จรับเงิน รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. ปก : ปกน้ำตาล KI ๑๒๕ แกรม เนื้อใน :คาร์บอนเขียวบน ๕๖แกรม, ขาวล่าง ๑๐๕ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๓.๐ x ๑๗.๕ซม.
๓. พิมพ์ปก: ๑ สี/ ๒ หน้า (ดำ)เนื้อใน: ๑ สี/๑ หน้า, รันNo.๒จุด
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๑๐๐ ชุด/เล่ม

เล่มที่ ภก. 3465 **ใบเสร็จรับเงิน** เลขที่ 001

ในราชการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ได้รับเงินจาก _____ ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รวมบาท		

จำนวนเงิน _____ บาท

(ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง _____

พิมพ์ครั้งที่ 19 (พ.ย. 61) 3,401-3,500

จ.ป.304

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๑ ใบแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (เขียว)
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล

ให้ผู้ป่วย หรือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❑

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
❑ บัตรประจำตัวประชาชน ❑ บัตรข้าราชการ ❑ อื่นๆ.....เลขที่.....
ในฐานะเป็น ❑ ผู้ป่วย ❑ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ.....ของผู้ป่วย
ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจ รักษาพยาบาลจากแพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้แพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึงการผ่าตัด และ/หรือ หัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพของ
❑ ข้าพเจ้า ❑ ผู้ป่วย ให้ตลอดจนแล้วเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอให้ถือหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ มีผลบังคับใช้ตลอดระยะเวลาที่ ❑ ข้าพเจ้า ❑ ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทุกประการ

ลงชื่อ.....❑ ผู้ป่วย/❑ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
(.....)

ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์ ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น .....

วันที่.....เวลา.....น.

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๒ ป้ายชื่อติดแฟ้มประวัติ สีชมพู รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๔๓ ป้ายชื่อติดแฟ้มผู้ป่วย (ชาร์ท) สีเหลือง รพ.วชิระภูเก็ต
รายการที่ ๔๔ ป้ายชื่อติดชาร์ทประวัติผู้ป่วย สีฟ้า รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษการ์ดสีชมพู, เหลือง SK ไม่น้อยกว่า ๒๗๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๑.๐ x ๑.๐ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี /๒ หน้า (ดำ)
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๕๐๐ แผ่น/แพ็ค

Name.....Age.....

รายการที่ ๔๕ สมุด : Post -op order for D&C/F&C รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน,ชมพูล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑.๕ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า๑๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

PROGRESS NOTE	Date/Time	ORDER FOR ONE DAY	Date/Time	ORDER FOR CONTINUATION	Date Time/Nurse's signature
		Post-op order for D&C / F&C			
		1. Routine Post-op care 2. IV หมด off 3. Observe bleeding per vagina Name _____		1. ดื่มดี กินได้ 2. Medication ☐ Amoxicillin (500) 20 cap. Sig. 2 cap. oral bid pc ☐ Paracetamol (500) 20 tab. Sig. 2 tab. oral pm for pain q 4-6 hr ☐ Ferous fumarate 30 tab. Sig. 1 tab. oral OD Name _____	
Name of Patient: .....Age.....Ward.....HN.....					
วันที่ _____ S : ไม่มีไข้, BPV เล็กน้อย ปวดท้องเล็กน้อย O : V/S stable soft not tenderness A : post curettage day 1 no complication P : Discharge Name _____		1. Discharge 2. Home medication ☐ Amoxicillin (500) 20 Sig. 2 cap. oral bid pc ☐ Paracetamol (500) 20 Sig. 2 tab. oral pm for pain q 4-6 hr ☐ Ferous fumarate 30 Sig. 1 tab. oral OD ☐ 3. F/U 2 weeks Name _____			
Name of Patient: .....Age.....Ward.....HN.....					
Name of Patient:		Age:		Ward:	HN: AN:

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมกา

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๖ สมุด : Post -op order for TR รพ.วชิระภูเก็ต

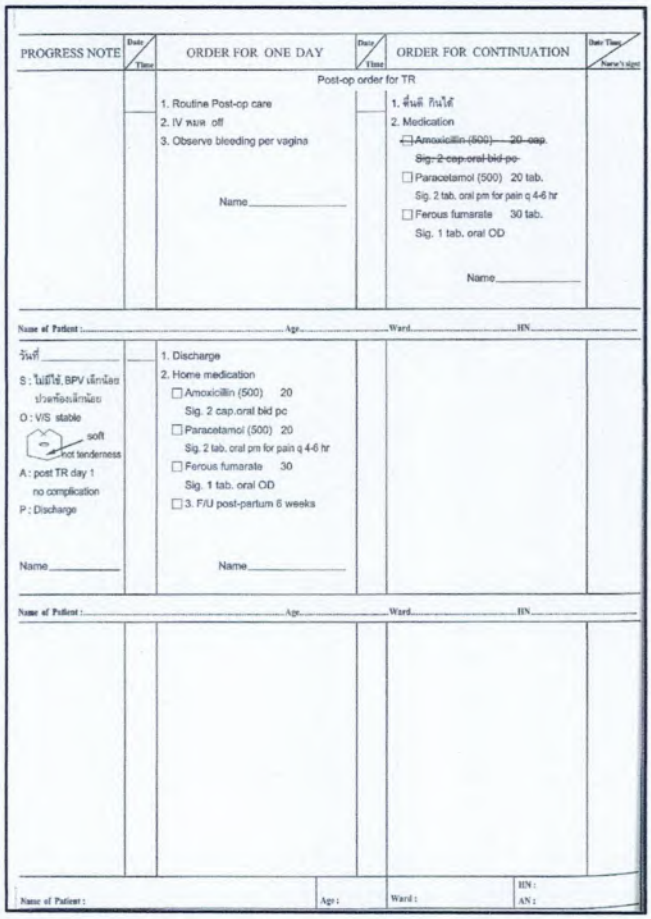
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน,ชมพูล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑.๕ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า๑๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม



PROGRESS NOTE	Date/Time	ORDER FOR ONE DAY	Date/Time	ORDER FOR CONTINUATION	Date/Time Name's sign
		Post-op order for TR			
		1. Routine Post-op care 2. IV หมด off 3. Observe bleeding per vagina Name_____		1. ตื่นดี กินได้ 2. Medication ☐ ~~Amoxicillin (500) 20 cap.~~ ~~Sig. 2 cap.oral bid pc~~ ☐ Paracetamol (500) 20 tab. Sig. 2 tab. oral prn for pain q 4-6 hr ☐ Ferous fumarate 30 tab. Sig. 1 tab. oral OD Name_____	
Name of Patient :_____ Age_____ Ward_____ HN_____					
วันที่ _____ S : ไม่มีไข้, BPV เล็กน้อย ปวดท้องเล็กน้อย O : V/S stable soft not tenderness A : post TR day 1 no complication P : Discharge Name_____		1. Discharge 2. Home medication ☐ Amoxicillin (500) 20 Sig. 2 cap.oral bid pc ☐ Paracetamol (500) 20 Sig. 2 tab. oral prn for pain q 4-6 hr ☐ Ferous fumarate 30 Sig. 1 tab. oral OD ☐ 3. F/U post-partum 6 weeks Name_____			
Name of Patient :_____ Age_____ Ward_____ HN_____					
Name of Patient :		Age :		Ward :	HN : AN :

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๗ สมุด : Post -op order for รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน,ชมพูล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑.๕ x ๒๙.๕ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี (สีดำ)ต่อ ๑ หน้า

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า๑๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

PROGRESS NOTE	Date / Time	ORDER FOR ONE DAY	Date / Time	ORDER FOR CONTINUATION	Date Time / Nurse's sign
		Post-op order for_____			
การเย็บแผล ☐ต้องตัดไหม ☐ไม่ต้องตัดไหม		1. Routine V/S q 15 mins x 4 q 30 mins x 2 q 1 hr until stable then Record V/S as Usual 2. 5%D/N/2 1,000 ml x III Sig iv drip 120 cc/hr. 3. Pethidine 50 mg iv pm for pain q 4-6 hr. 4. Plasil 1 amp iv pm for N/V q 6 hr. 5. Retained foley's cath. Name_____		1. NPO 2. record v/s 3. medication ☐ Ampicillin Sig. 1g. iv q 6 hr. Name_____	
Name of Patient :..... Age..... Ward..... HN.....					
วันที่ _____ S : ไข้ มี/ไม่มี ปวดแผล มี/ไม่มี N/V มี/ไม่มี O : V/S stable/unstable lung:clear/not clear Abd.: distend/no แผลผ่าตัด ซึม/ไม่ซึม A : post op D1 normal/abnormal P : Step up diet, Early ambulation Adequate pain control		(Post-op day 1) 1. จิบน้ำ..... 2. Liquid diet..... 3. Soft diet..... 4. IV. หมด off ได้ 5. off foley's cath พร้อม iv Name_____		1. ☐ off Ampicillin 2. ☐ Paracetamol (500) 20 tab Sig. 2 tab. oral pm for pain q 4-6 hr. 3. ☐ Amoxicillin (500) 20 cap Sig. 2 tap.oral bid pc 4. ☐ FF 60 tab Sig. 1 tab. oral bid pc Name_____	
Name of Patient :..... Age..... Ward..... HN.....					
วันที่ _____ S : ไข้ มี/ไม่มี ปวดแผล มี/ไม่มี N/V มี/ไม่มี O : V/S stable/unstable lung:clear/not clear Abd.: distend/no แผลผ่าตัด ซึม/ไม่ซึม A : post op D1 normal/abnormal P : Step up diet, Early ambulation Adequate pain control Information of operation detail for patient		(Post-op day 2) 1. Regular diet Name_____			
Name of Patient :		Age :		Ward :	HN : AN :

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๘ สมุดขออนุมัติเบิกวัสดุ-ครุภัณฑ์ รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน ๕๖ แกรมคาร์บอนชมพูกลาง ๕๖ แกรมคาร์บอนเหลืองล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (ดำ)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า๕ เล่ม /แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

พัสดุ
เลขทะเบียนรับ.....
วันที่...../...../.....

แบบขออนุมัติเบิกวัสดุ-ครุภัณฑ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่.....ลงวันที่.....
เรื่อง ขออนุมัติเบิก (วัสดุ, ครุภัณฑ์) (สำนักงาน/การแพทย์/อื่น ๆ).....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ด้วยหน่วยเบิก.....มีความประสงค์จะขอเบิก (วัสดุ, ครุภัณฑ์) (สำนักงาน/การแพทย์/อื่น ๆ).....ดังมีรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการที่เบิก	จำนวน	เป็นเงิน (บาท)	เหตุผลความจำเป็น
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			

จึงเรียนมาเพื่อขอได้โปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..... ผู้รับผิดชอบหน่วยเบิก
(.....) ตำแหน่ง .....
ลงชื่อ..... หัวหน้าฝ่ายผู้รับผิดชอบหน่วยเบิก
(.....) ตำแหน่ง .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ความเห็น.....
.....
ลงชื่อ .....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

คำสั่ง.....
ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๔๙ สมุดคำร้องทั่วไป รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน, ชมพูกลาง, เหลืองกลาง เขียวล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๑ x ๒๙.๕ ซม.
๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (ดำ)
๔. บรรจุไม่น้อยกว่า๑๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม

เลขที่ 69951

การส่งซ่อม

แบบส่งซ่อมบำรุง
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เรียน หัวหน้างานช่างซ่อมบำรุง

เลขที่รับช่าง.....
วันที่.....
เวลา.....น.

ด้วย ฝ่าย / งาน / ตึก.....โทร.....มีความประสงค์ให้ช่างซ่อมวัสดุ ครุภัณฑ์ ดังนี้
1.....จำนวน.....
รายละเอียด / อาการชำรุด.....
หมายเลขครุภัณฑ์.....หมายเลขเครื่อง.....
(ลงชื่อ).....หัวหน้าฝ่าย / งาน / ตึก หรือผู้แทน
หมายเหตุ : 1 ใบงาน ต่อ 1 รายการเท่านั้น (.....)

หัวหน้าช่าง

มอบหัวหน้า ❑ หน่วยวิศวกรรมโยธา
❑ หน่วยซ่อมบำรุงทั่วไป
❑ หน่วยเครื่องมือแพทย์
(ลงชื่อ).....หัวหน้าช่าง/ผู้ได้รับมอบหมาย
วันที่.....

รับทราบ มอบให้.....
(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วย/ผู้ได้รับมอบหมาย
วันที่.....

การตรวจสอบเบื้องต้น

ช่างได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควร
❑ ว่าจ้างภายนอกดำเนินการซ่อม เนื่องจาก.....
❑ จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ซ่อม ตามรายการของบุมัติเบิกวัสดุงานช่าง เล่มที่.....เลขที่.....ประมาณการแล้วเสร็จภายใน.....วัน
❑ แจ้งจำหน่าย ❑ ตรวจเช็คเบื้องต้น เนื่องจาก.....
.....(ลงชื่อ).....ช่างผู้ปฏิบัติงาน วันที่.....
ความคิดเห็นของหัวหน้าช่าง.....
.....(ลงชื่อ).....หัวหน้าช่าง วันที่.....
ความคิดเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ❑ อนุมัติ ❑ ทราบ.....
.....(ลงชื่อ).....รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย วันที่.....
ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ.....
.....(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วันที่.....

ผลการดำเนินงาน / ข้อเสนอแนะ

ช่างผู้ปฏิบัติงานได้เบิกวัสดุช่าง
ตามใบเบิกเล่มที่.....เลขที่.....
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายวัสดุช่าง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
และได้ดำเนินการซ่อม / จัดทำ พัสดุตัวอย่างเสร็จเรียบร้อยแล้ว
(ลงชื่อ).....ช่างผู้ปฏิบัติงาน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รายละเอียดการซ่อม / ข้อเสนอแนะ.....

หน่วยงานได้รับพัสดุคืนจ้างซ่อม ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว โดยมีวัสดุที่ใช้ในการดำเนินการดังนี้
1. .....จำนวน.....เป็นเงิน.....บาท
2. .....จำนวน.....เป็นเงิน.....บาท
3. .....จำนวน.....เป็นเงิน.....บาท
4. .....จำนวน.....เป็นเงิน.....บาท
มีความพึงพอใจ ❑ มาก ❑ ปานกลาง ❑ น้อย
การปฏิบัติงานรวดเร็ว ❑ มาก ❑ ปานกลาง ❑ น้อย ❑ จำนวนครั้ง
ข้อเสนอแนะ / ข้อร้องเรียนอื่นๆ (ถ้ามี).....
(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่าใช้จ่าย

ชื่อ - สกุล (ช่างผู้ปฏิบัติงาน)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าแรง (บาท)	เวลาที่ใช้ (นาที)	รวมเงินทั้งสิ้น (บาท)

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๕๐ สมุดซ่อมบำรุงครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ รพ.วชิระภูเก็ต

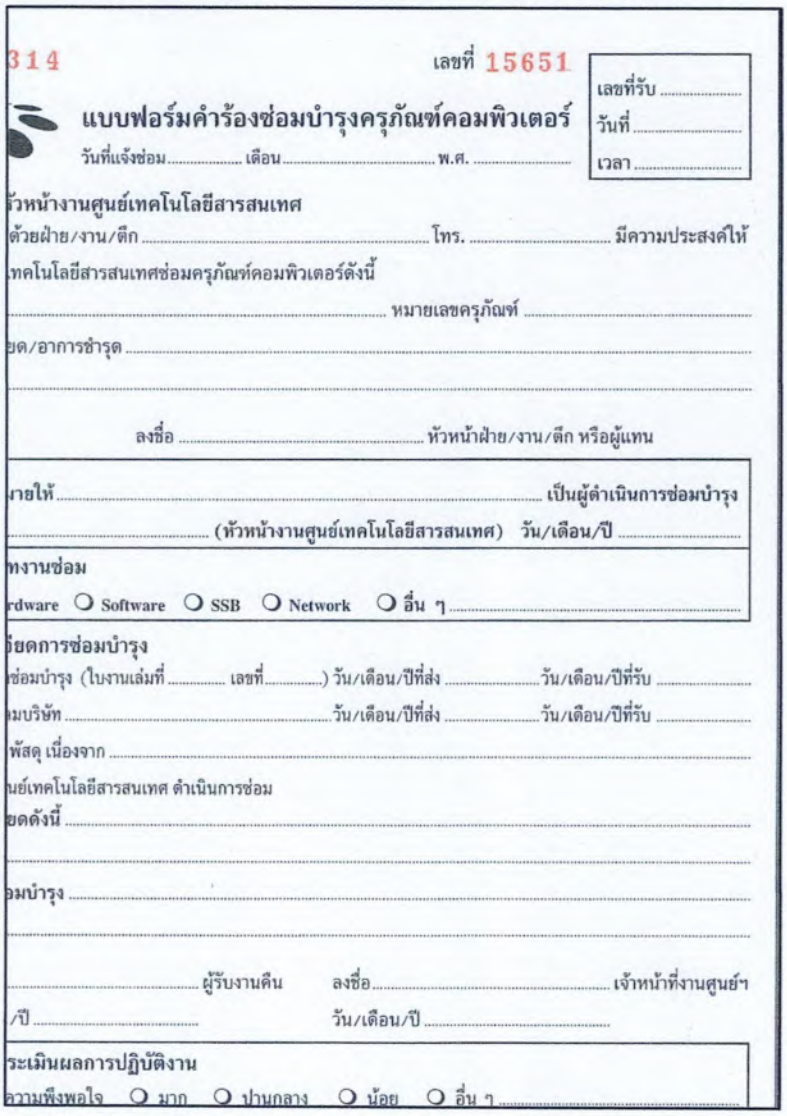
<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน, คาร์บอนเหลืองกลาง,คาร์บอนเขียวกลาง, คาร์บอนชมพูกลาง,คาร์บอนฟ้าล่าง ๕๖ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๖.๕ x ๒๖ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี /๑ หน้า (ดำ)

๔. บรรจุไม่น้อยกว่า ๑๐ เล่ม/แพ็ค จำนวน ๕๐ ชุด/เล่ม



314 เลขที่ 15651

เลขที่รับ .....
วันที่ .....
เวลา .....

แบบฟอร์มคำร้องซ่อมบำรุงครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์

วันที่แจ้งซ่อม..... เดือน..... พ.ศ. .....

รัวหน้างานศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

ด้วยฝ่าย/งาน/ตึก ..... โทร. ..... มีความประสงค์ให้

เทคโนโลยีสารสนเทศซ่อมครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ดังนี้

..... หมายเลขครุภัณฑ์ .....

ยด/อาการชำรุด .....

.....

ลงชื่อ ..... หัวหน้าฝ่าย/งาน/ตึก หรือผู้แทน

ายให้ ..... เป็นผู้ดำเนินการซ่อมบำรุง

..... (หัวหน้างานศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ) วัน/เดือน/ปี .....

ทงานซ่อม

rdware ❍ Software ❍ SSB ❍ Network ❍ อื่น ๆ .....

ร่ยดการซ่อมบำรุง

ซ่อมบำรุง (ใบงานเล่มที่ ..... เลขที่ .....) วัน/เดือน/ปีที่ส่ง ..... วัน/เดือน/ปีที่รับ .....

มบริษัท ..... วัน/เดือน/ปีที่ส่ง ..... วัน/เดือน/ปีที่รับ .....

พัสดุ เนื่องจาก .....

นย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ดำเนินการซ่อม

ยดดังนี้ .....

.....

อมบำรุง .....

.....

..... ผู้รับงานคืน ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่งานศูนย์ฯ

/ปี ..... วัน/เดือน/ปี .....

ระเมินผลการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจ ❍ มาก ❍ ปานกลาง ❍ น้อย ❍ อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

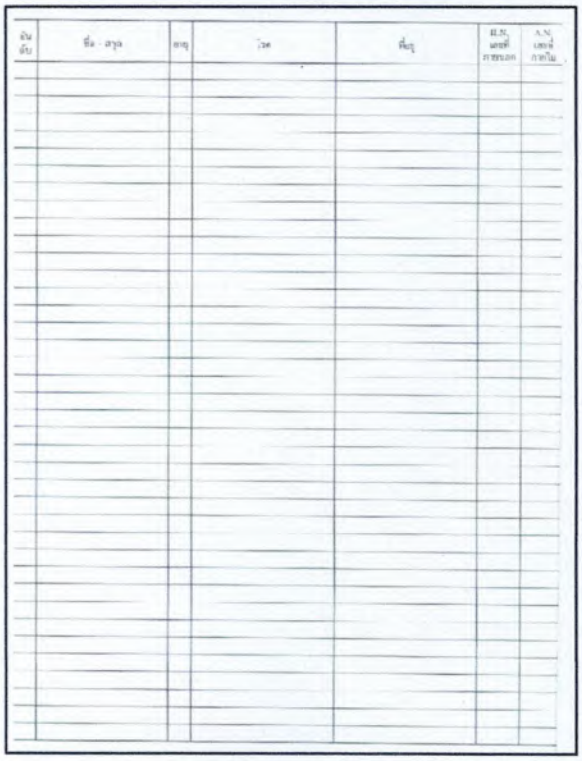
(ลงชื่อ).....กรรมการ

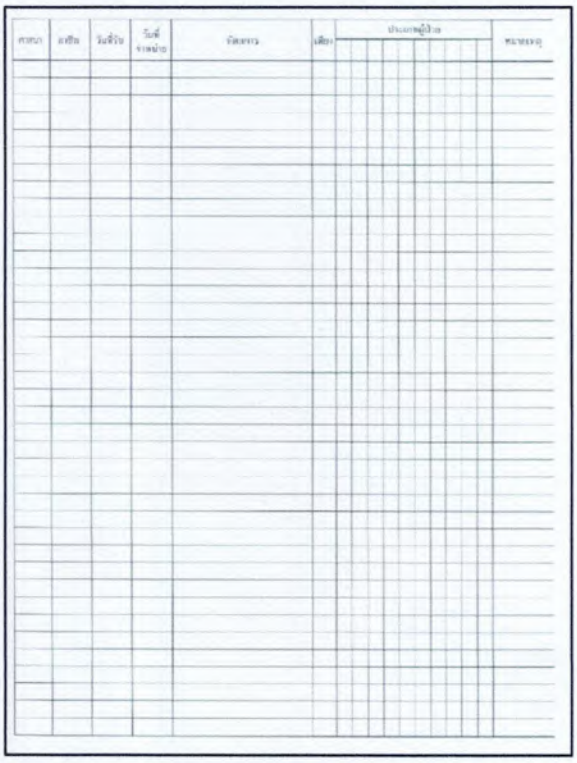
(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๕๑ สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยใน รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษปอนด์ TPI ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แกรม
๒. ขนาดไม่น้อยกว่า ๒๖.๕ x ๓๘.๕ ซม
๓. พิมพ์ ๑ สี /๒ หน้า (ดำ)
๔. เจียนห่อจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ ชุด/เล่ม





(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

รายการที่ ๕๒ สมุดขออนุมัติเบิกวัสดุช่าง รพ.วชิระภูเก็ต

<u>รายละเอียดคุณลักษณะ</u>

๑. กระดาษคาร์บอนขาวบน, กระดาษคาร์บอนเขียวกลาง, กระดาษคาร์บอนเหลืองล่าง ไม่น้อยกว่า ๕๖ แกรม

๒. ขนาดไม่น้อยกว่า W๒๑ x H๑๔.๘ ซม.

๓. พิมพ์ ๑ สี / ๑หน้า (น้ำเงิน ๘๑)

๔. เข้าเล่มทาหัวกาว @๕๐x๓แผ่น/เซ็ท/เล่ม บรรจุ ห่อ๒๐เล่ม/แพ็ค

เล่มที่ 390 เลขที่ 19500

ใบเบิก/ส่งคืน วัสดุช่าง

เลขที่ใบเบิก.....
วันที่เบิก.....

ทะเบียนรับเลขที่.....วันที่.....

ลำดับ	คืนชาก	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย (บาท)	เป็นเงิน (บาท)	นำไปซ่อม / ปรับปรุงตาม		
							ใบงานเลขที่ ลงวันที่	หน่วยงาน/ ลงวันที่	ซ่อม / ปรับปรุง
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น							

บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับพัสดุแทนได้
1. .....
2. .....
ผู้มีสิทธิเบิก.....ช่าง.....
ผู้ตรวจสอบ.....(หัวหน้าช่าง)

หมายเหตุ : รายการที่.....
ไม่มีสำรองในคลังให้ทำบันทึกขออนุมัติซื้อ

ผู้อนุมัติ.....
(.....)
ผู้จ่ายพัสดุ..... วันที่.....
(.....)
ได้รับพัสดุตามจำนวนและรายการเรียบร้อยแล้ว
ผู้รับพัสดุ..... วันที่.....
(.....)

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(ลงชื่อ).....กรรมการ