

ใบเบิกเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และอุปกรณ์การแพทย์ (กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน)

ส่วนราชการ.....

ใบเบิกเลขที่.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ประเภทสิ่งของ.....

ข้าพเจ้าขอเบิกเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามรายการด้านล่างนี้เพื่อใช้สำหรับการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วย จำนวน.....ราย

ลำดับ ที่	รายการ	หน่วย นับ	จำนวน					หมายเหตุ
			ขั้นต่ำที่ ต้องมี	คงเหลือ	อัตราการใช้ (ต่อวัน)	เบิกครั้งนี้	จ่าย	
1	ชุดหมีใช้แล้วทิ้ง ระบุไซส์ (S M L XL)	ชุด						
2	ถุงมือยางใช้แล้วทิ้ง ระบุไซส์ (S M L XL)	กล่อง (50คู่)						
3	ถุงมือยางกันสารเคมี ระบุไซส์ (S M L XL)	กล่อง (50คู่)						
4	รองเท้าบูท ระบุไซส์ (9 9.5 10 10.5 11 11.5)	คู่						
5	แว่นตาครอบตาแบบใส Goggle	ชิ้น						
6	หมวกคลุมผมใช้แล้วทิ้ง	ชิ้น						
7	กระบังหน้าเลนส์ใส (Face shield)	ชิ้น						
8	หน้ากาก N 95	ชิ้น						
9	หน้ากากอนามัย (Surgical mask)	กล่อง						
10	ถุงสวมขา leg cover	คู่						
11	พลาสติกหุ้มรองเท้า shoes cover	คู่						
12	เสื้อกาวน์กันน้ำ	ชุด						
13	เอี่ยมพลาสติกใส (1 ห่อ = 10 ชิ้น)	ห่อ						
14	พลาสติกหุ้มคอ (HOOD)	ชิ้น						
15	Alcohol Gel 50 g	หลอด						
16	Alcohol Gel 450 g	ขวด						
17	Alcohol Solution 70 % 245 ml	ขวด						
18	ชุดตรวจ UTM	ชุด						
19	ชุดตรวจ VTM	ชุด						
20	หลอดสำหรับเก็บ NP swab	ชิ้น						
21	Throat swab	ชิ้น						
22	ไม้พันสำลี	ถุง						
23	ชุดตรวจไข้หวัดใหญ่ (Rapid-Flu)	ชุด						
24	ปรอทวัดไข้	ชิ้น						

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก
(.....)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างาน.....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับ
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งจ่าย/อนุมัติ
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....