

แบบสำรวจความต้องการการกู้คืนชีพการแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๐) หน่วยงาน.....อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช.....

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | ขอเพิ่มเติม | เหตุผล | แผน /โครงการ (ถ้ามี) | ระยะเวลา | อนุมัติ | หมายเหตุ |
|-------|--|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-------------|--|----------------------|-----------------|---------|----------|
| ๑ | Combi tube | ๔ | | | ไม่มี | | | | เปิดทางเดินหายใจผู้ป่วยวิกฤตกรณีSEIไม่ได้และEMS | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๓.๑๖๐๑ | ไม่มี | เบิกคลัง |
| ๒ | ชุดตามกระดูกคอ-หลัง (KED) | ๓ | ชุด | | ๐ | ๒ | ๑ | ๒ | ใช้ชุดป้องกันอันตรายกระดูกคอ-หลัง หัก เคลื่อน | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๓.๑๖๐๑ | / | |
| ๓ | ชุดกระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย(Long spinal board)และhead immobilization | ๒ | ชุด | | ๐ | ๔ | | ๒ | ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ช่วยตัวเองไม่ได้ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๔ | ชุดตามกระดูกคอ (hard collar)ผู้ใหญ่ No.๔ | ๑๐ | ชุด | | ๐ | ๔ | | ๑๐ | ของเดิมชำรุดและไม่เพียงพอ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๕ | ชุดตามกระดูกคอ (hard collar) เด็ก No.๒ | ๕ | ชุด | | ๐ | ๕ | | ๕ | ป้องกันอันตรายกระดูกและเส้นประสาทต้นคอผู้ใหญ่ และไม่ต้องพกต่อการบริการ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๖ | กระเป๋ากายาวมEMSรักษาขั้นสูง (ALS) | ๓ | ชุด | | ๐ | ๒ | | ๓ | ป้องกันอันตรายกระดูกและเส้นประสาทต้นคอเด็ก และไม่ต้องพกต่อการบริการ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๗ | ชุดคัดแยกผู้ป่วย ในกรณีเกิดเหตุกลุ่มชน | ๑๐๐ | ชุด | | ๐ | ๑๕ | | ๑๐๐ | จัดเก็บอุปกรณ์EMSในการรักษาขั้นสูงได้ครบคลุม | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๘ | พร้อมชุดกระเป่า | ๒ | ตัว | | ไม่มี | | | | คัดกรองกรณีเกิดอุบัติเหตุกลุ่มชน | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๙ | หุ่นซ้อมช่วยฟื้นคืนชีพครั้งตัว | ๑ | เรือน | | ไม่มี | | | | ฝึกทักษะ CPR จนท.รพ./หน่วยกู้ชีพ/หน่วยงานต่างๆ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๐ | นาฬิกาการวัดอัตราการเต้นหัวใจ CPR | ๑ | คัน | | ไม่มี | | | | เพิ่มประสิทธิภาพ CPR/บริหารยา ตามมาตรฐานECS | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๑ | รถ Emergency | ๑ | คัน | | ๐ | ๑ | | ๑ | เพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมพร้อมผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินชีวิต | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๒ | เครื่องดูดเสมหะ | ๑ | เครื่อง | ๒๐,๐๐๐ | ๒๐,๐๐๐ | ๑ | | ๑ | ดูแลและทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๓ | เครื่องกู้ชีพหัตถ์แสงออกฤทธิ์EMS | ๑๒ | ตัว | | ๐ | ไม่มี | | | ใช้ในการออกปฏิบัติการตามมาตรฐานสพด.และ | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๔ | เครื่องควบคุมสารน้ำ (infusion pump) | ๒ | เครื่อง | ๓๐,๐๐๐ | ๑๔๐,๐๐๐ | ๒ | | ๒ | ใช้ในการคัดแยกในสถานการณ์มาตรฐาน EOC | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๕ | เครื่องวัดความดันโลหิตเด็กอิเล็กทรอนิกส์ | ๑ | | | | ๑ | | | ใช้ควบคุมสารน้ำและบริหารยาให้ประสิทธิภาพ (ชำรุดและแบตเตอรี่เสื่อมสภาพ) | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๖ | วิทยุสื่อสารเครื่องฐาน (สี่ตัว) ๓๐ วัตต์ | ๒ | | | | ๑ | | ๑ | ใช้ควบคุมสารน้ำได้ช่างแจ้งจำหน่าย | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๗ | วิทยุสื่อสารเครื่องฐาน (สี่ตัว) ๔๐ วัตต์ | ๒ | | | | ๑ | | ๑ | ชำรุด/ไม่เพียงพอต่อการใช้และเตรียมสารเคมี | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๘ | วิทยุสื่อสารมือถือ (สี่ตัว) ๕ วัตต์ | ๒ | | | | ๑ | | ๑ | ชำรุด/ไม่เพียงพอต่อการใช้และเตรียมสารเคมี | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |
| ๑๙ | วิทยุสื่อสารมือถือ (สี่ตัว) ๕ วัตต์ | ๒ | เครื่อง | | ๐ | ไม่มี | | ๒ | ชำรุดและไม่เพียงพอ ใช้ประสานงาน | มี | ๑๓.๑๖๐-๓๐๑.๑๖๐๑ | / | |

ลงชื่อ..... (นางปิยนัด แก้วบัวจันทร์) (ผู้อนุมัติ)
 ทัณฑ์แพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

ลงชื่อ..... (นางชนิษฐาณี จุริมาศ) (หัวหน้าฝ่าย)
 (นางสาวเนาวรัตน์ สุมิบุญชู) (หัวหน้างาน)

๒๖

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองการแพทย์ (ینگประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน รังสีวิทยา

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | เพิ่มเติม | เหตุผล | แผน /โครงการ (ถ้ามี) | ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน) | หมายเหตุ | |
|-------|---|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-----------|--|----------------------|---------------------------|----------|------------------------|
| | | | | | | | | | | | | อนุมัติ | ไม่อนุมัติ |
| ๑ | เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ mA | ๑ | หน่วย | ๖๕๐,๐๐๐ | ๖๕๐,๐๐๐ | ๐ | ๐ | ๐ | -ใช้บริการตรวจx-ray ตึกผู้ป่วยในตามมติคณะกรรมการบริการ (พ.ย.๖๐) -ใช้ในงานเอกซเรย์ | | | / | รอกพิจารณาจำนวนผู้ป่วย |
| ๒ | แผ่นกริดตัดแสง ๑๕*๑๗ นิ้ว ๑๐:๑ | ๑ | แผ่น | | ๐ | | | | -ใช้ในงานเอกซเรย์ | | | / | |
| ๓ | แผ่นกริดตัดแสง ๑๐*๑๒ นิ้ว ๑๐:๑ | ๑ | แผ่น | | ๐ | | | | -กรรมาการตรวจTB แนะนำให้ใช้ขนาดใหญ่กว่าเดิมจากการตรวจประเมินงานTB สามารถนำไปใช้อาคารตึกใหม่ได้ | | | / | |
| ๔ | เครื่องกรองอากาศ (Plasma Cuttes) | ๑ | เครื่อง | | ๐ | | ๑ | ๑ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นายสุทัศน์ พลศึกษา)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสดภูมิ

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(พญ.ประภัศร์ แจ่มนภา)

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน การพยาบาลพะวโรก (เอตส์และไวรัส)

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | ขอเพิ่มเติม | เหตุผล ความจำเป็น | แผน /โครงการ (ถ้ามี) | ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน) | หมายเหตุ | |
|-------|--|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|----------|------------|
| | | | | | | | | | | | | อนุมัติ | ไม่อนุมัติ |
| ๑ | เครื่องซีซีทีหน้าทวารพร้อมแก้ววัดความยาว | ๑ | เครื่อง | ๑๓,๐๐๐ | ๑๓,๐๐๐ | / | | | | | | | รอพิจารณา |
| ๒ | เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ | ๑ | | | | / | | | | | | | |
| | แบบมีไซร่รื้อนก็ได้ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
 (นางกรรณจิต วลัยศรี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
 (นางพิษณุมาญ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
 (นางปิยนภ แก้วบัวพันธ์)
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน โรงพยาบาลเสถณีนิสิตามหาวิทยาลัยราชภัฏ

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | ขอเพิ่มเติม | เหตุผล ความจำเป็น | แผน /โครงการ (ถ้ามี) | ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน) | หมายเหตุ | |
|-------|-----------------------|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|----------|------------|
| | | | | | | | | | | | | อนุมัติ | ไม่อนุมัติ |
| ๑ | เครื่อง AED (แบบพกพา) | ๑ | เครื่อง | ๖๐,๐๐๐ | ๖๐,๐๐๐ | ๐ | ๐ | ๑ | ใช้บรรณRefer/ห้องER | ไม่มี | ๑ เดือน | / | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
 (นายอิทธิรักษ์ อินทรโคตร)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
 (นางชนิษฐาญ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
 (นางปิยนพธ แก้วบัวพันธ์)
 หัวหน้าแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสถณี

แบบสำรวจความพึงพอใจการศัลยกรรมศัลยกรรม (บึงบอระเพ็ด) หน่วยงาน เวชกรรมฟื้นฟู (ศูนย์บริการคนพิการครบวงจร)

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | ขอเพิ่มเติม | เหตุผล | | ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน) | หมายเหตุ | |
|-------|----------------------------------|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-------------|-------------------------------|------------|------------------------------|----------|------------|
| | | | | | | | | | ความจำเป็น | ความจำเป็น | | อนุมัติ | ไม่อนุมัติ |
| ๑ | เครื่องวัดความดันดิจิตอล | ๑ | เครื่อง | | ๐ | ๑ | | ๑ | ให้ออกหน่วย | | เร่งด่วน | / | |
| ๒ | เครื่องชั่งน้ำหนัก | ๑ | เครื่อง | | ๐ | | | ๑ | ใช้บริการในศูนย์,ออกหน่วย | | เร่งด่วน | / | |
| ๓ | เครื่องใช้กระดูกข้อมือ | ๑ | | | | | | ๑ | อุปกรณ์ฟื้นฟูคนพิการ,ออกหน่วย | | เร่งด่วน | / | |
| ๔ | กระดานบริหารกล้ามเนื้อต้นขา | ๑ | | | | | | ๑ | อุปกรณ์ฟื้นฟูคนพิการ,ออกหน่วย | | เร่งด่วน | / | |
| ๕ | ชุดบริหารมือ นิ้วมือแบบเสริม | ๑ | | | | | | ๑ | อุปกรณ์ฟื้นฟูคนพิการ | | เร่งด่วน | / | |
| ๖ | ชุดขาเทียมได้ตำแหน่ง Single axis | ๓๐ | ชุด | | ๐ | | | ๓๐ | วัสดุทำขาเทียม | | เร่งด่วน | / | |
| ๗ | ชุดขาเทียมเหนือเข่าแกนใน | ๕ | ชุด | | ๐ | | | ๕ | วัสดุทำขาเทียม | | เร่งด่วน | / | |
| ๘ | เตียงกายภาพ | ๒ | | | | | | ๒ | เปิดทิ้งให้ผู้ป่วยในศูนย์ฯ | | เร่งด่วน | / | |

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นางปิยนภา แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นางนิจญา พอล้อย)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(พญ.ประภัสสร แจมณา)

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน การพยาบาลเฉพาะโรค (เอตส์และวัณโรค)

| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคา/หน่วย | จำนวนเงิน | มีอยู่เดิม | ทดแทน | ขอเพิ่มเติม | เหตุผล ความจำเป็น | แผน /โครงการ (ถ้ามี) | ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน) | หมายเหตุ อนุมัติ ไม่อนุมัติ |
|-------|--------------------------------------|-------|---------|------------|-----------|------------|-------|-------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| ๑ | เครื่องขึ้นน้ำหนักพร้อมแถบวัดความยาว | ๑ | เครื่อง | ๑๓๖,๐๐๐ | ๑๓๖,๐๐๐ | | | / | | | | |
| ๒ | เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ | ๑ | | | | | | / | | | | รอพิจารณา |
| | แบบมีขาเคลื่อนที่ได้ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
 (นางกรรณจิต วลัยศรี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
 (นางชนิษฐาญ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
 (นางปิยนภา แก้วบัวพันธ์)
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสถภูมิ