

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลโคกสำโรง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลโคกสำโรง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

วัน/เดือน/ปี : ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓

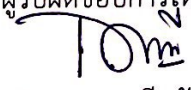
หัวข้อ : แนวทางการปฏิบัติโรงพยาบาลโคกสำโรง เรื่อง การเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์

รายละเอียดข้อมูล : ตามรายละเอียดที่แนบ

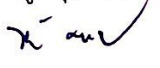
Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ :

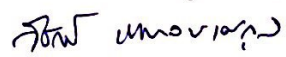
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล


(นางสาวเพชรเมณี จันทรัมย์)
เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน
วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓

ผู้อนุมัติรับรอง


(นายชาติชัย มหาเจริญศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง
วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่


(นายวิชัย เบญจวรรณ)
เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์
วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโคกสำโรง โทร ๐-๓๖๔๔-๑๖๕๗-๖๑
ที่.....ลบ ๐๐๓๒.๓๐๑/๗๗๗ วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓

เรื่อง.....ขออนุญาตเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติโรงพยาบาลโคกสำโรง เรื่อง การเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ด้วยงานพัสดุ ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโคกสำโรง มีความประสงค์ขออนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติโรงพยาบาลโคกสำโรง เรื่อง การเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลโคกสำโรง และบอร์ดประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลโคกสำโรง และแจ้งเวียนตามหน่วยงานต่อไป

จึงเรียนเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

(นางสาวเพชรเมณี จันทร้งาม)
เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรอนุญาตให้นำเผยแพร่ตามระเบียบฯ

ทางราชการ

(นายยุทธ ปารุงศักดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุญาต

(นายชาติชัย มหาเจริญศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

แนวทางการปฏิบัติโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์

โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จัดทำรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถขอยืมได้ที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 10 รายการ ซึ่งมีดังนี้

รายการอุปกรณ์ที่สามารถขอยืมได้ที่ศูนย์บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ค่ามัดจำ	ค่าใช้จ่าย	ผู้ประสานงาน ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	เตียงปรับระดับ	8 เตียง	500	-	งานพัสดุ	อยู่ทำงานพัสดุ (ห้องเก็บอุปกรณ์ออกกำลังกาย)
2	เครื่องผลิตออกซิเจน	3 เครื่อง	500	-	ปชร. ล่าง	อยู่ที่ ปชร.ล่าง
3	เครื่องดูดเสมหะ	7 เครื่อง	300	-	ปชร. ล่าง	อยู่ที่ ปชร.ล่าง
4	เครื่องพ่นยา	2 เครื่อง	200	-	ปชร.ล่าง	อยู่ที่ ปชร.ล่าง
5	ถังออกซิเจน	3 ถัง	500	-	คลังพัสดุ	อยู่ที่คลังพัสดุ (ห้องเก็บถังออกซิเจน)
	เกย์ออกซิเจน	5 ตัว		300/ต่อครั้ง	ปชร.ล่าง	อยู่ที่ ปชร.ล่าง
6	รถเข็นนั่ง	1 ตัว	500	-	งานกายภาพ	อยู่ทำงานกายภาพ
7	รถเข็นแบบนั่งถ่ายได้	1 คัน	500	-	งานกายภาพ	อยู่ทำงานพัสดุ (ห้องเก็บอุปกรณ์ออกกำลังกาย)
8	ไม้ค้ำยัน		100	-	งานกายภาพ	อยู่ทำงานกายภาพ
9	วอกเกอร์		100	-	งานกายภาพ	อยู่ทำงานกายภาพ
10	ไม้เท้า 3 ขา		100	-	งานกายภาพ	อยู่ทำงานกายภาพ

หมายเหตุ 1. กรณีหากเครื่องชำรุดเสียหาย ญาติผู้ป่วยจะต้องชำระเงินเท่ากับราคาเครื่องมือแพทย์ หรือเท่ากับราคาที่ส่งซ่อม มิเช่นนั้นทางโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการยึดเงินค่ามัดจำต่อไป

2. กรณีติดต่อกับญาติผู้ป่วยคืนเครื่องมือแพทย์ไม่ได้ ทางโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องยึดเงินค่ามัดจำพร้อมกับแจ้งความเพื่อดำเนินคดีต่อไป

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

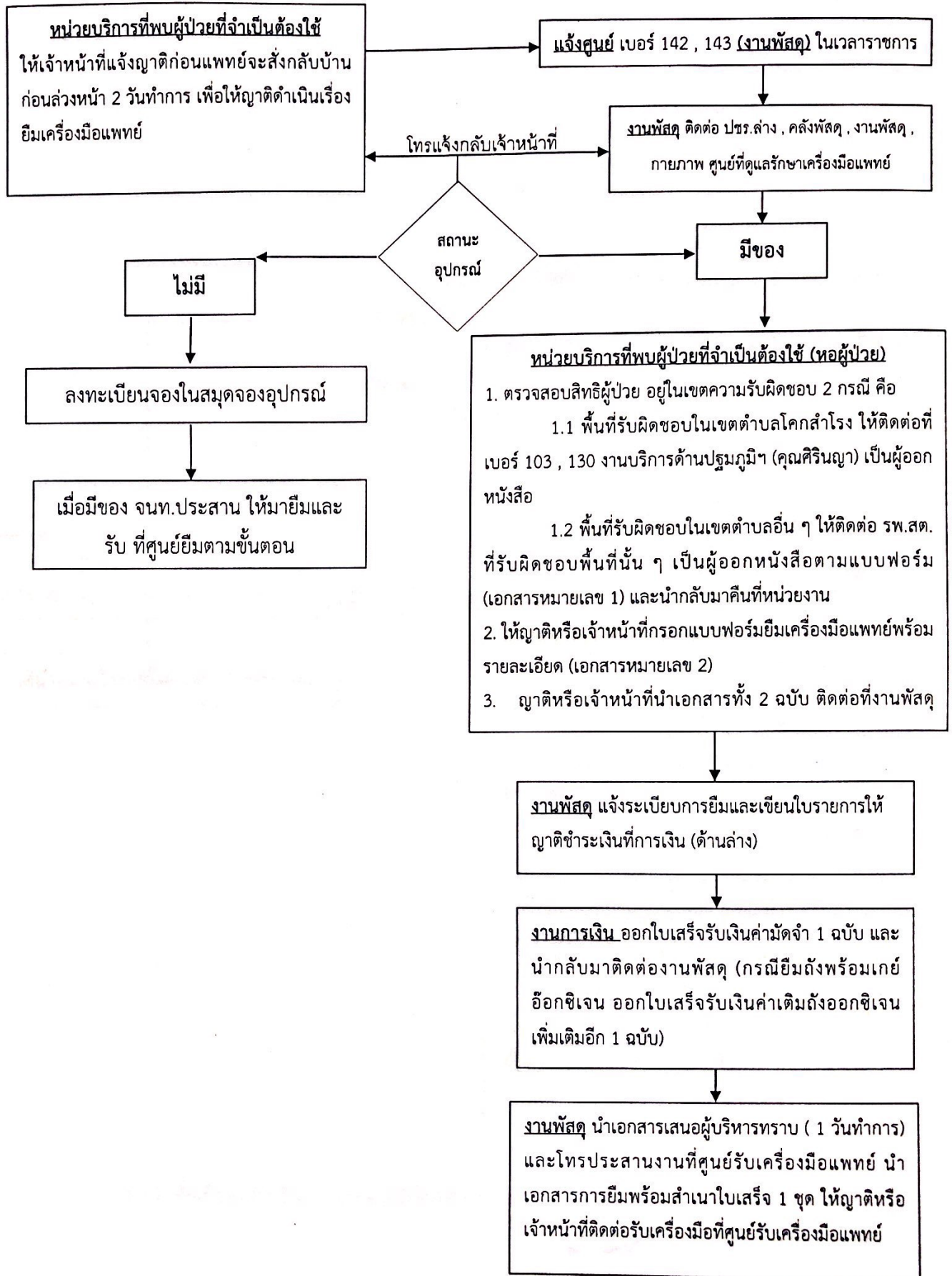
1. บุคลากรทุกฝ่าย ทุกหน่วยงาน
2. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ (ปชร.ล่าง , คลังพัสดุ , งานพัสดุ , กายภาพ)
3. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ
4. ญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วย

ระยะเวลาขอยืมเครื่องมือแพทย์ ระยะเวลา 1 – 2 วันทำการ

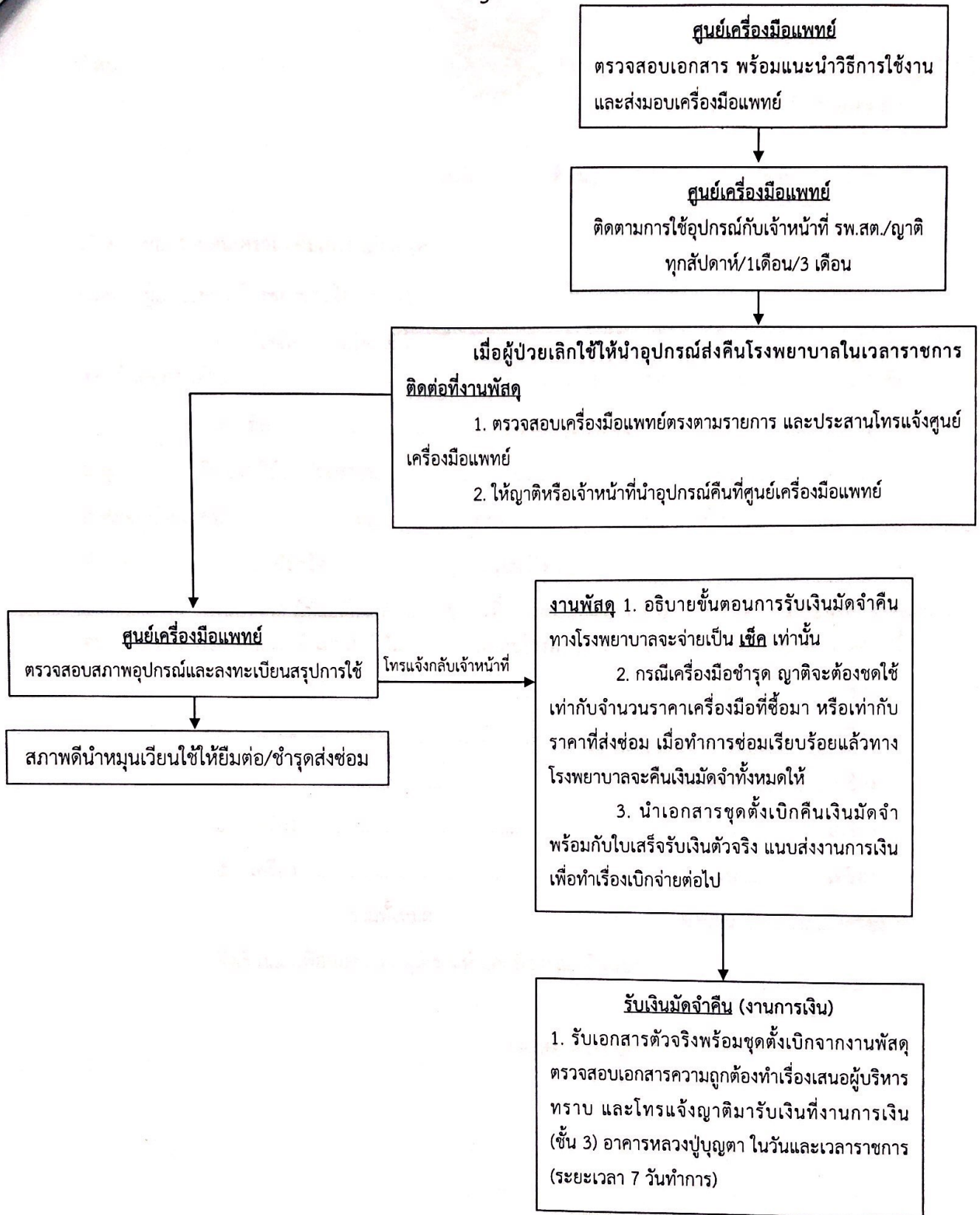
ระยะเวลาการติดตามเครื่องมือแพทย์ 1 เดือน , 3 เดือน , 6 เดือน

/ขั้นตอน.....

ขั้นตอนการขอยืมและเบิกอุปกรณ์สำหรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในเวลาราชการ



/เครื่องมือแพทย์....



ทั้งนี้ เพื่อเป็นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

(นายชาติชัย มหาเจริญศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง



ที่ ลบ/.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ลบ ๑๕๑๒๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขออนุญาตยืมเครื่องมือแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ตามที่โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี แจ้งว่ามีผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล.....รักษาตัวที่โรงพยาบาลโคกสำโรง จำนวน.....ราย คือ

๑. ชื่อนามสกุล.....ของผู้ป่วย

อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวที่บ้านต่อเนื่องแต่ยังขาดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ จึงขอความ
อนุเคราะห์ยืมเครื่องมือแพทย์ เมื่อเลิกใช้แล้วจะส่งกลับคืนโรงพยาบาลโคกสำโรงตามเดิม ดังรายการต่อไปนี้

๑. เครื่อง.....	จำนวน.....เครื่อง
๒. เครื่อง.....	จำนวน.....เครื่อง
๓. เครื่อง.....	จำนวน.....เครื่อง
๔. เครื่อง.....	จำนวน.....เครื่อง
๕. เครื่อง.....	จำนวน.....เครื่อง
รวมทั้งหมด	จำนวน.....เครื่อง

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตยืม และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

โทร.....

