

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน การพยาบาลพะวะโรค (เอตส์และไวรัส)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน / โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา		หมายเหตุ
											อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	
๑	ห้องนี้ผู้ป่วยหญิง	๑	งาน		๐			/	ถ้าให้ไปใช้ร่วมกับผู้ป่วยนอก จะอยู่ไกลมาก			/	
๒	ห้องนี้ผู้ป่วยชาย	๑	งาน		๐			/	ถ้าไปใช้กับผู้ป่วยนอกจนววาย เพราะไม่เชิญญาติผู้ป่วยในและ ทรัพย์สินออกจากสุญหายได้			/	
									ผู้ป่วยในโรคจากแพร่กระจายเชื้อ ให้ผู้ป่วยไม่ติดได้			/	
๓	ห้องไอ้เก็บเสมหะ	๑	งาน		๐		/		อันเดิมจะรื้อเพื่อจัดการพื้นที่ ไม่มีที่เก็บลม ไม่สามารถจัดการ			/	
๔	ผนังอาคาร ปรอง ด้านทิศตะวันตก	๑	งาน		๐				ทิศทางลมในกรณีเกิดไวรัสได้ และไม่มีที่กัน แสงแดดจัดส่องถึง ผู้ป่วยและห้องตรวจแพทย์				
									ไม่มีที่กันฝนทำให้สกาดถึงบริเวณ นั่งรอตรวจ และสาตซึมเข้าไป ในห้องตรวจโรค				
๕	เดินลิฟท์ให้ตัว ไวเลท	๑	งาน		๐				-เพิ่มแสงสว่าง				/
๖	เปลี่ยนหลอดไฟ LED	๒	งาน		๐								/

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นางกรรณจิต วลัยศรี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(นางชัชชนันท์ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นางปิยนาย แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสถภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงานสำนักงานทรัพยากรมนุษย์

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องสำรองไฟ UPS (๘๐๐VA)	๑	เครื่อง	๓,๐๐๐	๓,๐๐๐			๑	-เครื่องเดิมชำรุด			/	

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสถภูมิ

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นายวีชรินทร์ อินทรโคตร)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)

แบบสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา (เดือน)	อนุมัติ	หมายเหตุ
๑	BP Digital แบบกระดาษ	๑	เครื่อง	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	/	/	/	-ออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน			/	เบิกคลัง
๒	ปรอท Digital	๖	อื่น	๘๐๐	๔,๘๐๐	/	/	/	-เจ้าหน้าที่ประจำหมู่ใช้พกพาเวลาออกเชิงรุก			/	/
๓	BP Digital แบบพกพา	๑	เครื่อง	๓,๕๐๐	๓,๕๐๐	/	/	/	-เจ้าหน้าที่ประจำหมู่ใช้พกพาเวลาออกเชิงรุก			/	เบิกคลัง
๔	เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	๘	เครื่อง	๓,๐๐๐	๒๔,๐๐๐	/	/	/	-ใช้สำหรับออกเชิงรุกเวลาออกเชิงรุก			/	
๕	ชุด CPR แบบกระดาษ	๑	ชุด			/	/	/	-เด็กอายุ ๖ เดือน				ช่างทำให้
	LD Emergency Hit												เอาของเดิมที่ตก
๖	ชุดวัดความดันเด็ก	๑	ชุด										
๗	เสียง ANC	๑	ตัว										

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
 (นางพักตร์ พิษิม)
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
 (พญ.ประภัสสร แจ่มนภา)

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

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน เวชกรรมฟื้นฟู (กายภาพบำบัด)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา		หมายเหตุ
											อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	
๑	เบาะฝึกผู้ป่วยเด็ก	๑	อื่น	๓,๕๐๐	๓,๕๐๐	๐	๐	๑	-รองรับคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก				/
๒	เครื่องดูดเสมหะ	๑	เครื่อง	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๐	๐	๑	-รองรับคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก				/
๓	ผ้าขนหนูห่อแผ่นร้อน	๒๔	ผืน	๒๕๐	๖,๐๐๐	๒๔	๐	๒๔	1-ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น				/

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
 (นางนิจิธญา พอง้อย)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
 (นางปิยนาก แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผช.ผอ.ด้านบริการ)
 (พญ.ประวิศสร แจ่มนภา)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน คลังพัสดุกลาง

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	DATALOGER	๑๕	ตัว	๕,๐๐๐	๓๕,๐๐๐			๑๕	ไม่สามารถอ่านค่าได้		๑-๒เดือน	/	

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)
 (นางมนต์รินทร์ ประเสริฐสังข์)
 ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)
 (นายปิยะเชษฐ์ จตุเทนม)

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

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองคอมพิวเตอร์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน งานห้องปฏิบัติการ LAB

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องสำรองไฟ UPS (๘๐๐VA)	๕	เครื่อง	๓,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๕	๓	๒	- ป้องกันคอมพิวเตอร์เสียหายกรณีไฟตก		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	

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

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)
 (นางรัชต์วีรรณ พลเยี่ยม)
 ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)
 (พญ.ประภัสสร แจมมนา)

๒๘