

กรมการขนส่งทางบก

เอกสารหมายเลข ๒๐๑

แบบสำรวจความต้องการการซื้อเครื่องมือการแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานศึกษาผู้ป่วยพิเศษสงฆ์

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน / โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	infusion pump(แบบใช้ที่กับทุก set)	๘	เครื่อง	๗๐,๐๐๐	๕๖๐,๐๐๐			๘	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๒	BP digital แบบมีลีดลาก	๑	เครื่อง	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๓	เครื่อง layngueal ขนาดเต็มแบบตรง	๑	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๔	เครื่อง layngueal ขนาดเต็มแบบโค้ง	๑	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๕	เครื่อง layngueal ขนาดผู้ใหญ่	๑	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๖	เครื่อง Defibrillator	๑	เครื่อง	๓๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๗	อ็อกซิเจน sat เต็ม	๑	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐			๑	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				
๘	โต๊ะ Mayo (เมโย)	๔	ตัว	๕,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๔		๔	-เพื่อใช้งานการพยาบาล				

รวม ๑,๐๐๐,๐๐๐

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางอุติวิรัช อินพริตตร)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนิษฐานา จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นายบุญมี โพธิ์สนาม)

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองสุขภาพแพทย์ ( ซึ่งงบประมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องและศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย PCC

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ของเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	syning driver	๔	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๒		๔	-การให้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน -ให้ผู้ป่วยระยะท้ายยังไปซื้ที่บ้าน				
๒	เครื่องผลิตออกซิเจน	๔	เครื่อง	๓๐,๐๐๐	๑๒๐,๐๐๐			๔	แพนการยังถึงออกซิเจน				
๓	เครื่องดูดเสมหะ	๕	เครื่อง					๕	-ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน				
๔	เครื่องพ่นยา	๕	เครื่อง	๑,๕๐๐	๗,๕๐๐			๕	-ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน				รวมค่าซื้อ ๗๑
๕	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ	๑	เครื่อง	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐			๑	-ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
๖	เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (ออกซิเจน SAT)	๑	เครื่อง	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐			๑	-ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				

รวม

๒๕๔๗,๕๐๐

๒๕ -

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางศรีอรุณวัลย์ ดิษฐเจริญ)  
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนิษฐาภาณี จุรัมย์าศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อำนวยการ)  
 (นายบุญภูมิ โพธิ์สนาม)

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองเงินฝากการแพทย์ ( ینگประมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงานออกซิริย์ กลุ่มงานรัฐสึวิทยา

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเดิม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ mAS	๑	เครื่อง					๑	ใช้บริกการตรวจ-rayตัดท/ญ/ตัดท/OD/LR เครื่องเดิมซ่อมบ่อย				วางอ้งซื้อ 70%
รวม													

ลงชื่อ..... *สุมิณ พอลธา* ..... (หัวหน้างาน)

(นายสุทัศน์ พลตธา)

ลงชื่อ..... *ว. ส.* ..... (ผู้อนุมัติ)

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)

ลงชื่อ..... *-* ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(.....)



แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานกภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ผ้าขนหนูห่อแผ่นร้อน	๑๐๐	ผืน	-	-	๒๔		๑๐๐	ผ้าห่อแผ่นร้อนทำมโซ่ซ้ำ (๓ ผืนต่อคนไข้๑ราย)				
๒	เสื้อกพยุงคอ Soft collar size S	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๓	เสื้อกพยุงคอ Soft collar size M	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๔	เสื้อกพยุงคอ Soft collar size L	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๕	เสื้อกพยุงคอ Soft collar size XL	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๖	เสื้อกพยุงเอว LS support size S	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ไตรมาส ละ๒๐ อัน		
๗	เสื้อกพยุงเอว LS support size M	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ไตรมาส ละ๒๐ อัน		
๘	เสื้อกพยุงเอว LS support size L	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ไตรมาส ละ๒๐ อัน		
๙	เสื้อกพยุงเอว LS support size XL	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ไตรมาส ละ๒๐ อัน		
๑๐	เสื้อกพยุงเอว LS support size XXL	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ไตรมาส ละ๒๐ อัน		
๑๑	เสื้อกพยุงลำตัว TL support size S	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๒	เสื้อกพยุงลำตัว TL support size M	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๓	เสื้อกพยุงลำตัว TL support size L	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ได้	ปีละ ๑๐ อัน		

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)

(นางนริชชญา พองย่อย)

ลงชื่อ.....(ผู้อนุมัติ)

(นายบุญภูมิ โพธิ์สนาม)

ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)

(.....)

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๔	เตียงพยุงลำตัว TL support size XL	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๕	เตียงพยุงลำตัว TL support size XXL	๑๐	อัน	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๖	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด Bobath sling size S	๑๐	เส้น	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๗	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด Bobath sling size M	๑๐	เส้น	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๘	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด Bobath sling size L	๑๐	เส้น	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๑๙	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด Bobath sling size XL	๑๐	เส้น	-	-		๑๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ปีละ ๑๐ อัน		
๒๐	รถนั่งคนพิการแบบปรับไม่ได้	๖๐	คัน	๖,๐๐๐	๓๖๐,๐๐๐		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๒๐คัน		
๒๑	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา	๖๐	เครื่อง	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๒๐อัน		
๒๒	ไม้เท้า ๑ ปุ่ม (Cane)	๑๒๐	อัน	-	-		๑๒๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๔๐อัน		
๒๓	ไม้เท้า ๓ ปุ่ม(Tripod cane)	๖๐	อัน	-	-		๖๐		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๒๐อัน		
๒๔	ไม้เท้าช่วยปรับขนาด๔๖	๒๔	อัน	-	-		๒๔		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๘คู่		
๒๕	ไม้เท้าช่วยปรับขนาด๔๘	๒๔	อัน	-	-		๒๔		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๘คู่		
๒๖	ไม้เท้าช่วยปรับขนาด๕๐	๒๔	อัน	-	-		๒๔		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๘คู่		
๒๗	ไม้เท้าช่วยปรับขนาด๕๒	๒๔	อัน	-	-		๒๔		ใช้จ่ายผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์	E claim ใต้	ไตรมาส ละ๘คู่		
รวม					๓๖๐๐๐๐								

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางนริชชญา พงษ์อ้อย)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นายบุญมี โพธิ์สนาม)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (.....)







แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองสุขภาพการแพทย์ ( งบประมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงาน ทันตกรรม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
	-วัสดุทันตกรรมคงทน												
๑	Angel root	๖	อัน	๑,๕๙๐	๙,๕๔๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๒	Aspirate syringe	๑๐	อัน	๑,๒๐๐	๑๒,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๓	Amalgam Carrier	๒๐	อัน	๖๕๐	๑๓,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๔	ปลาย Tripple Syringe	๒๐	อัน	๒๐๐	๔,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๕	P๑๐	๒๐	อัน	๑,๓๔๐	๒๖,๘๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๖	Contra angle	๒	อัน	๓,๙๐๐	๗,๘๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๗	Mouth gag	๒	อัน	๓,๕๐๐	๗,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๘	Rubber dam Punch	๒	อัน	๓,๕๐๐	๗,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๙	Rubber dam Forcep	๒	อัน	๑,๕๐๐	๓,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๐	Rubber dam clamp	๕	อัน	๔๒๕	๒,๑๒๕			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๑	Curette	๕	อัน	๑,๒๐๐	๖,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๒	คีมถอนฟันผู้ใหญ่บน	๓	อัน	๒,๑๕๐	๖,๔๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๓	คีมถอนฟันผู้ใหญ่ล่าง	๓	อัน	๒,๑๕๐	๖,๔๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๔	คีมถอนฟันเด็กบน	๕	อัน	๒,๑๕๐	๑๐,๗๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
๑๕	ชุดอุดฟัน	๒๐	อัน	๗๕๐	๑๕,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ				
รวม					๑๔๓,๕๑๕								

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางปิยนภถ แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นายบุญมี โพธิ์สนาม)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (.....)



แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองที่การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานผู้ป่วยนอก OPD

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มือผู้คิด	ทดแทน	ขอเพิ่มเดิม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องประเมินสมรรถภาพปอด(spirometer)	๑	เครื่อง	๓,๐๐๐	๓,๐๐๐			/	เพื่อวินิจฉัยโรคหอบหืด		๓๓. ๖๑	งบดำเนินการ ๓๐%	
๒	เครื่องวัด ความเข้มข้นออกซิเจน O๒ sat	๑	เครื่อง	๓,๐๐๐	๓,๐๐๐			/	ตรวจสอบระดับความเข้มข้นออกซิเจน		๓๓. ๖๑		
๓	ปรอทวัดไข้ digital	๓	กล่อง	๒,๐๐๐	๖,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย		๓๓. ๖๑		
๔	BP monitor (แบบหัว)	๔	เครื่อง	๓,๐๐๐	๑๒,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย		๓๓. ๖๑		
๕	BP monitor ชนิดสอดแขน	๒	เครื่อง					/	ของเดิมชำรุด		๓๓. ๖๑	งบดำเนินการ ๓๐%	
๖	ไฟส่องตรวจภายในแบบขาตั้ง	๑	ตัว					/	ยังไม่มี		๓๓. ๖๑		
๗	stetoscope	๓	เครื่อง	๓,๐๐๐	๙,๐๐๐			/	สำหรับห้องตรวจโรค		๓๓. ๖๑		
๘	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัด O๒ ใต้	๒	เครื่อง	๗๐,๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐			/	ยังไม่มี		๓๓. ๖๑		
๙	เครื่อง อัลตราซาวด์ (ชนิด ๒ ตรารจ)	๑	เครื่อง	๙๐๐,๐๐๐	๙๐๐,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย		๓๓. ๖๒		

รวม ๙,๐๙๐,๐๑๐

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางศรีธัญญา แก้วคำลา)  
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนิษฐานฎา จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นายบุญมี โพธิ์สนาม)









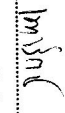


เอกสารหมายเลข ๒

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองการแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานอุบัติเหตุ - อุบัติภัยและนิรโทษ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน/โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	combi tube	๔	ชุด	-		ไม่มี			เกิดทางเดินหายใจผู้ป่วยที่จากรณีเสียชีวิตและEMS	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๒	ชุดตามกระดูกคอ-หลัง (KED)	๓	ชุด	-		๒		๓	ข้าราชการซึ่งป่วยกับอันตรายกระดูกคอ-หลัง ทัก เคสอื่น	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๓	ชุดกระดูกสันหลังย้ายผู้ป่วย(long spinal board/sheehd immobilization)	๔	ชุด	-		๔		๔	ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๔	ชุดตามกระดูกคอ (hard collar)ผู้ใหญ่	๑๐	ชุด	-		๕		๑๐	ป้องกันอันตรายกระดูกและเส้นประสาทตามต้นคอผู้ใหญ่	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๕	ชุดตามกระดูกคอ (hard collar) เด็ก	๑๐	ชุด	-		๕		๑๐	และป้องกันการบริการ	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๖	กระเป๋ากายภาพEMSรักษาขั้นสูง (ALS)	๔	ใบ	-		๒		๔	จัดเก็บอุปกรณ์EMSในการรักษาขั้นสูงได้ครอบคลุม	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๗	ชุดคัดแยกผู้ป่วย ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน	๑๐๐	ชุด	-		๑๕		๑๐๐	คัดกรองกรณีเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๘	พร้อมชุดกระเป๋ากายภาพ	๑๒	ตัว	-		ไม่มี			ใช้ในการรอกผู้ป่วยEMS ตามมาตรฐานสพอ และใช้ในการศึกษากรณีในสาธารณภัยขั้นสูง EOC	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๙	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอิเล็กทรอนิกส์	๑	เครื่อง	๑๕๐๐๐	๑๕๐๐๐	๑	๑	๑	(ชำรุดและแบตเตอรี่เสื่อมสภาพ)	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๑๐	วิทยุสื่อสารเครื่องฐาน (สีดำ) ๓๐ วัตต์	๒	เครื่อง	๑๒๐๐๐	๒๔๐๐๐	๒	๑	๑	ชำรุด/ไม่เพียงพอต่อการใช้และเตรียมสาธารณภัย	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๑๑	วิทยุสื่อสารเครื่องฐาน (สีแดง) ๕๐ วัตต์	๒	เครื่อง	๕๐๐๐	๑๐๐๐๐	๑	๑	๑	ชำรุด/ไม่เพียงพอต่อการใช้และเตรียมสาธารณภัย	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๑๒	วิทยุสื่อสารมือถือ (สีดำ) ๕ วัตต์	๒	เครื่อง	๑๐๐๐๐	๒๐๐๐๐	๑	๑	๑	ชำรุดและไม่มีเพียงพอ ใช้ประสานงาน	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		
๑๓	วิทยุสื่อสารมือถือ (สีแดง) ๕ วัตต์	๒	เครื่อง	๕๐๐๐	๑๐๐๐๐	ไม่มี		๒	ใช้ประสานงานและเตรียมสาธารณภัย	มี	๑ ค.ค๖๑-๓๐ ก.ย ๖๒		

รวม ๗๙,๐๐๐

ลงชื่อ:  (นางสาวกรรณิณี ภูมิบุญชู) (หัวหน้างาน)  
 (นางชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ)  
 (หัวหน้าฝ่าย)

ลงชื่อ:  (นายบุญมี โพธิ์ลีงาม) (ผู้อนุมัติ)



แบบสำรวจความต้องการวัสดุภัณฑ์การแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานจ่ายกลาง-ซีกฟอก

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน / โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องซักผ้าขนาด ๕๐ กิโลกรัม	๑	เครื่อง	๕๐๐,๐๐๐	๕๐๐,๐๐๐	๑	๑	๑	ชำรุด ๑ เครื่อง/เก่ามาก ๑ เครื่อง			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๒	เครื่องปิดผนึกซองแบบสายพาน	๑	เครื่อง	-	-	๒	๑	๑	ชำรุดทั้งสองเครื่อง			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๓	กระเป๋าทนความร้อนขนาด ๕x๑๑๕x๔๘"	๔	ใบ	-	-	-	-	๔	ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๔	กระเป๋าทนความร้อนขนาด ๕x๑๑๕x๔๘"	๑	ใบ	-	-	-	-	๑	กระเป๋าทนความร้อนหลายยี่ห้อ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๕	สาย Corrugate tube	๑	เส้น	-	-	-	-	-	ใช้กับเครื่องช่วยหายใจ refer			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๖	วาล์วนก๊อส์	๒๐	ชุด	-	-	-	-	-	ใช้กับผู้ป่วยใส่ Chest drain			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๗	Autoclave tape ขนาด ๑๙ mm	๔๐	ชุด	-	-	-	-	-	ติดซองปราศจากเชื้อ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๘	Autoclave tape syeam sticker ขนาด ๕x๒.๕ cm	๕๐	ชุด	-	-	-	-	-	ติดซองปราศจากเชื้อ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๙	Autoclave tape syeam sticker ขนาด ๕x๕ cm	๑๐๐	ชุด	-	-	-	-	-	ติดซองปราศจากเชื้อ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๐	Autoclave tape syeam sticker ขนาด ๕x๘ cm	๒๐	ชุด	-	-	-	-	-	ติดซองปราศจากเชื้อ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๑	ชุดล้างเครื่องมือ	๑๐	ชุด	-	-	-	-	-	ใส่ล้างเครื่องมือ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๒	ที่ใส่ขวด chest drain สแตนเลส ๒ ขวด	๑	ชุด	-	-	-	-	-	นางวนขวด chest drain			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๓	สายซิลิโคนใส่เครื่องดูดเสมหะ	๑	เส้น	-	-	-	-	-	เปลี่ยนสายเครื่องดูดเสมหะ			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๔	ชุดให้ความชื้นระบบปิด	๕๐๐	ชุด	-	-	-	-	-				อนุมัติ	ไม่อนุมัติ

รวม ๕๐๐,๐๐๐

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)

(นางแสงจันทร์ เตชะปรีชวงษ์)

ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)

(นางชนิษฐ์นภา จุริมาศ)

ลงชื่อ.....(ผู้อนุมัติ)

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)





เอกสารหมายเลข ๒

แบบสำรวจความต้องการการศรัทธินซ์การแพทย์ ( บัญชีประเภท ๒๕๖๒ ) หน่วยงานผู้ป่วยในชาย

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่อง Infusionpump	๓	เครื่อง	๗๐,๐๐๐	๒๑๐,๐๐๐	๖	๑	๒	ไม่เพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วย	แผนปี๖๑		รวม ๕๐๗,๕๐๗	
๒	Bpmontitor+๐๒satและEKG	๒	เครื่อง			๒		๒	ไม่พอใช้	แผนปี๖๑			
๓	รถทำแผล	๑	คัน	๕,๐๐๐	๕,๐๐๐	๑		๑	ไม่พอใช้				
๔	เครื่อง Suction continue	๑	เครื่อง			๒	๑	๑	เก่าชำรุด/ไม่พอใช้	แผนปี๖๑		รวม ๕๑๒,๕๐๗	
๕	ถังขยะรถทำแผล	๑	อัน	๕,๐๐๐	๕,๐๐๐	๒	๑	๑	เก่าชำรุด/ไม่พอใช้				
๖	รถทำหัตถการ	๑	คัน	๕,๐๐๐	๕,๐๐๐	๑		๑	ไม่พอใช้				
๗	characternิ่งพร้อมรถ	๓๖	ชุด	๕๐๐	๑๘,๐๐๐	๓๖		๓๖	ชำรุด				
๘	รถพยาบาล	๑	ชุด	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑		๑	ยังไม่ครบเตียง				
					รวม	๓๕๘,๐๐๐							

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นางชลลดา ทิพย์จันทร์)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(นางชนิษฐาภาณี จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นายบุญมี โพรรัมย์)

เอกสารหมายเลข ๒

แบบสำรวจความต้องการการครุภัณฑ์การแพทย์ ( บึงบอกระมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงาน การพยาบาลผู้ป่วยในหญิง

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องDefibrillator	๑	เครื่อง				✓		เครื่องเดิมชำรุด			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๒	เครื่อง Infusionpump	๒	เครื่อง	๗๐๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐			✓	ไม่เพียงพอกับการใช้งาน			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๓	ปรอทดิจิทัล	๓๐	อัน	-	-			✓	ไม่เพียงพอกับการใช้งาน			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๔	เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน	๒	เครื่อง				✓		เครื่องเดิมชำรุด			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๕	สาย/probวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนเด็ก	๑	เส้น	-	-			✓	ไม่เพียงพอกับการใช้งาน			อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๖	Suction pine line	๓	เครื่อง	๒๐๐๐๐	๖๐,๐๐๐			✓				อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๗	รถEmergency	๑	คัน	๔๐๐๐๐	๔๐,๐๐๐							อนุมัติ	ไม่อนุมัติ

รวม ๕๕๐,๐๐๐

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
(นางยวนฉัตร ภักตะภา)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
(นายบุญณัฐ โพธิ์สนาม)

นางชนิษฐาณัฐ จุริมาศ





แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองสิทธิการแพทย์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒) หน่วยงานการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน / โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ		
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	
๑	ภาคสตรีและส	๒	ใบ	-	-	๒		๒	งานผลิตยา					
๒	กระบอกดวง	๒	อัน	-	-	๑		๑						
๓	ถ้วยดวง	๓	อัน	-	-	๒		๑						
๔	ช้อนดวง	๒	อัน	-	-	๑		๑	บริการชุมชน					
๕	ตาชั่งมัลกรัม	๑	ตัว	-	-	๑		๑						

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางเจียมจิตต์ สุระกิจ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นายบุญมี โพธิ์สนาม)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (.....)

แบบสำรวจความต้องการการปรับปรุงเครื่องพิมพ์ ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงานศูนย์บริการคนพิการสงขรา

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา เร่งด่วน(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องวัดความดันดิจิตอล	๑	เครื่อง	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑		๑	ใช้ในศูนย์ ๑ ใช้ออกหน่วย ๑		เร่งด่วน		
๒	เครื่องขึ้นน้ำหนัก (แบบอื่น)	๑	เครื่อง	๙,๕๐๐	๙,๕๐๐	๑		๑	ใช้ในศูนย์ ๑ ใช้ออกหน่วย ๑		เร่งด่วน		
๓	ชุดขาเทียมได้เข่าแกน Single axis	๒๐	ชุด	-	-			๒๐	วัสดุทำขาเทียมเพิ่มรายรับ		เร่งด่วน		
๔	ชุดขาเทียมเหนือเข่าแกนใน	๕	ชุด	-	-			๕	วัสดุทำขาเทียมเพิ่มรายรับ		เร่งด่วน		
๕	จักรยานปั่นมือ-เท้า	๑	คัน	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐			๑	อุปกรณ์ฟื้นฟูใช้ออกหน่วย		เร่งด่วน		
				รวม	๓๙,๕๐๐								

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นายพิศักดิ์ อ่อนสี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(นางนิธิชญา พงษ์อ้อย)

ลงชื่อ..... (ผู้อำนวยการ)

( นายบุญมี โพธิ์สนาม )







เอกสารหมายเลข ๒

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครองสุขภาพแพทย์ ( บังคับประมาณ ๒๕๖๒ ) หน่วยงาพยาบาลพะตะ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา	หมายเหตุ		
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	
๑	ถังขยะติดเชื้อ(แอสแตกัล)ประจำรพพยาบาล (แบบทำเย็บ/ขนาด ๑๐-๑๒ L	๖	ใบ	๒,๐๐๐	๑๒,๐๐๐		เดิมพลาสติก		ประจำรพอยู่ที่พยาบาล๓๑ และ ๑ ถึง					
๒	ติดสติ๊กเกอร์รพพยาบาล(ตามนโยบายกระทรวง)	๖	ชุด	-	-			ตามนโยบาย	สำหรับรพสุขภาพ					
๓	รวมและตบเลศติตพยาบาล(ตามนโยบายกระทรวง)	๖	อัน	-	-			เพิ่มเติม	ค่อตั้งตัวในการปฏิบัติงาน ขณะนำส่งผู้ป่วย					
๔	แปลเซ็นประจำรพฉุกเฉิน	๑	ตัว	๗๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐		ชั่วคราว		ทดแทนตัวเก่าใช้งานมานาน @=๖ ชิ้น					
รวม					๘๒,๐๐๐									

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)

(นายสมอง ทองสีสาร)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

(นายเวียงสมัย ประจัญตรี)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)