

โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องฉุกเฉิน (ER)

( ปรับปรุง 1 พ.ย. 67 )

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% ( 450 ml.)	ขวด	4				
2	ALCOHOL DRY GEL	ขวด	5				
3	AROMATIC AMMONIA (450 ml.)	ขวด	1				
4	BERODUAL SOL. (20 ml.)	ขวด	6				
5	Chloramphenical eye ointment	หลอด	3 /เดือน				
6	D-5-W 100 ml.	BAG	10 / เดือน				
7	dT vaccine ( 5 ml) (รพ.)	VIAL	20				
8	HIBISCRUP ( 450 ML)	ขวด	3				
9	K-Y gel 7.5 g	หลอด	24				
10	LIDOCAINE HCL 1% INJ.(50 ml)	VIAL	10				
11	Lidocaine HCL 2% + Epinephrine (20 ml.)	VIAL	2				
12	NSS 0.9 % 100 ML	BAG	20				
13	NSS 0.9 % 5 ML	100	100 หลอด/เดือน				
14	NSS 0.9 % irrigate 1,000 ML	BAG	30				
15	POVIDONE IODINE (450 ML)	ขวด	4 ขวด /wks				
16	Rabies Immunoglobulin (ERIG)	VIAL	20 /เดือน				
17	Rabies vaccine (PCEC )	VIAL	40				
18	SALBUTAMOL SOL.(20 ml.)	ขวด	6				
19	Silver sulfadiazine cream (25 g.)	หลอด	5/เดือน,				
20	Bactigras	10 แผ่น	10 /month				
21	Sterile water for injection 10 ml (SWI)	100	100 หลอด/เดือน				
22	Sterile water for injection 100 ml (SWI)	BAG	20 / เดือน				
23	TETANUS ANTITOXIN (TAT) EQUINE 1,500 I.U.	amp	6 / wks				
24	Tetanus Gamma 250 iu/ml	amp	3 /wks				
25	Tetracain HCL 0.5% eye drop	ขวด	1 ขวด/เดือน				
26	Water for irrigate 1,000 ml	BAG	10				
27	Olive oil 450 ml.	ขวด	1				
28	Hydrogen peroxide sol. (450 ml.)	ขวด	1				

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(นางจรัสศรี จันทร์เส็ง)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายนิชชา ทัดตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(นางสาววาเนสซ่า หล้าจะนะ)

ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(นางจรัสศรี จันทร์เส็ง)

ว/ด/ป ...../...../.....