



แบบฟอร์ม : การส่งเครื่องมือกลับ (เฉพาะ OR, LR)

F-WI-213/06, Rev. 00

งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

รหัสหน่วยงาน	ชื่อหน่วยงาน	วันที่.....
		Scrub Nurse.....
	Tel.	Cir Nurse.....

สต็อกเกอร์ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย	Operation.....	เวลากลับ CSSD.....
	ผู้รับ(CSSD).....
	Room NO.....	ผู้ส่ง(OR).....

กรุณาติดสติ๊กเกอร์รายการเครื่องมือที่เปิดใช้แล้วในตารางด้านล่างทุกรายการ
