



แบบฟอร์ม : การส่งล้างและทำให้ปราศจากเชื้อชุดเครื่องมือผ่าตัดศัลยกรรม
งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

F-WI-RAISO-CS-102/01

Rev.00

| ลำดับ | รายการ | จำนวนส่งล้าง | จำนวนจ่าย | ลำดับ | รายการ | จำนวนส่งล้าง | จำนวนจ่าย | วันที่ : _____ | |
|-------|---------------------------|--------------|-----------|-------|--------|--------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| 1 | XSU : MINOR SET | | | | | | | ห้องผ่าตัด : _____ | |
| 2 | XSU : MAJOR SET | | | | | | | รอบการส่ง : _____ | |
| 3 | XSU : MAJOR RETRACTOR SET | | | | | | | โทร : _____ | |
| 4 | XSU : EXCISION SET | | | | | | | บันทึกเพิ่มเติม | |
| 5 | XSU : PLASTIC SET | | | | | | | | |
| 6 | XSU : PALATE SET | | | | | | | | |
| 7 | XSU : HEAD & NECK SET | | | | | | | | |
| 8 | XSU : BRAIN SET | | | | | | | | |
| 9 | XSU : CYSTO SET | | | | | | | | |
| 1 | XSU : อ่างเดี่ยว | | | | | | | | |
| 11 | XSU : PREP SET | | | | | | | | |
| 12 | XSU : ชุดซามฟอก | | | | | | | | |
| 13 | XSU : TRAY MAYO | | | | | | | | |
| 14 | XSU : SET CATH OR | | | | | | | | |
| 15 | กล่อง Container เปล่า | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | สำหรับห้องผ่าตัด |
| | | | | | | | | | ชื่อผู้ส่งล้าง: _____ |
| | | | | | | | | | โทร. : _____ |
| | | | | | | | | ชื่อผู้รับคืน: _____ | |
| | | | | | | | | สำหรับงานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ | |
| | | | | | | | | ชื่อผู้รับล้าง: _____ | |
| | | | | | | | | ชื่อผู้ส่งคืน: _____ | |