



แบบฟอร์ม : การส่งล้างและทำให้ปราศจากเชื้อชุดเครื่องมือผ่าตัดตา

งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

F-WI-RAISO-CS-102/02

Rev.00

ลำดับ	รายการ	จำนวนส่งล้าง	จำนวนจ่าย	ลำดับ	รายการ	จำนวนส่งล้าง	จำนวนจ่าย	วันที่ : _____ ห้องผ่าตัด : _____ รอบการส่ง : _____ โทร : _____
1	XEY : EYE SET							บันทึกเพิ่มเติม สำหรับห้องผ่าตัด ชื่อผู้ส่งล้าง : _____ โทร. : _____ ชื่อผู้รับคืน : _____ สำหรับงานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ ชื่อผู้รับล้าง : _____ ชื่อผู้ส่งคืน : _____
2	XEY : TRAY MAYO							
3	XEY : PE SET							
4	XEY : MUSCLE SET							
5	XEY : RETINA SET							
6	XEY : TX. SET							
7	XEY : ECCE SET							
8	XEY : ENDO DCR SET							
9	XEY : DCR SET							
10	XEY : SB SET							
11	XEY : LID SET							
12	XEY : OBITOTOMY SET							
13	XEY : PTERYGIUM SET							
14	XEY : DCR SET 1							