โรงพยาบาลควนเนียง

ใบเบิกพัสดุ

สำหรับ ห้องฉุกเฉิน (ER)

(ปรับปรุง 1 ต.ค 69)

ที่..... **วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....**

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่จำนวน	จ่ายจริง	หมายเหตุ
1	ALCOHOL 70% (450 ml.)	ขวด	3				
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	2 /เดือน				
6	D-5-W 100 ml.	BAG	5 / เดือน				
7	dT vaccine (5 ml) (รพ.)	VIAL	10				
8	HIBISCRUP (450 ML)	ขวด	2				
9	K-Y gel 7.5 g	หลอด	**12**				
10	LIDOCAINE HCL 1% INJ.(20 ml)	VIAL	5				
11	Lidocaine HCL 2% + Epinephrine (50 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	20				
15	POVIDONE IODINE (450 ML)	ขวด	**4 ขวด** /wks				
16	Rabies Immunoglobulin (**ERIG**)	VIAL	10 /เดือน				
17	Rabies vaccine **(PCEC)**	VIAL	**30**				
18	SALBUTAMOL SOL.(20 ml.)	ขวด	6				
19	Silver sulfadiazine cream (25 g.)	หลอด	2/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	1 /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
(นางสุกัญญา หวันชิตนาย)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายนัชชา ทัตตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(นางสาววาเนสซ่า หลำจะนะ)
ว/ด/ป ...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ
(นางสุกัญญา หวันชิตนาย)
ว/ด/ป ...../...../.....