

โรงพยาบาลควนเนียง
ใบเบิกพัสดุ
สำหรับ ห้องฉุกเฉิน (ER)

(ปรับปรุง 22 ก.ค. 68)

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รายการยา	Pack	อัตราใช้ ต่อสัปดาห์	เหลือ	เบิกใหม่ จำนวน	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	HIBISCURP (450 ML)	ขวด	2				
9	K-Y gel 7.5 g	หลอด	12				
10	LIDOCAINE HCL 1% INJ.(50 ml)	VIAL	5				
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	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

(นางจรัสศรี จันทร์เส้ง)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(นางสาววานเนศชา หล้าจนะ)

ว/ด/ป/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายन्छา ทัดตานนท์)

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(นางจรัสศรี จันทร์เส้ง)

ว/ด/ป/...../.....