ใบยืมวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ของศูนย์การุณรักษ์ (Palliative care excellent center) โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1

สำหรับญาติ/ผู้ดูแล

ข้าพเจ้า.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ของผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN :.....

รักษาตัวที่หอผู้ป่วย.....จำหน่ายวันที่.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะยืมวัสดุ / อุปกรณ์ทางการแพทย์ของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ส่วนที่ 2

สำหรับเจ้าหน้าที่

<u>ยืมอุปกรณ์</u>

รายละเอียดการยืมอุปกรณ์

☐ เครื่องผลิตออกซิเจน ☐ เตียง

☐ เครื่องปั๊มยา รุ่น ..... ☐ ที่นอนลม

☐ ออกซิเจน tank ขนาด ..... ☐ อื่นๆ.....(ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยืมไปใช้ ไม่ให้เกิดความชำรุดเสียหายและจะส่งกลับคืนในสภาพที่ใช้งานได้ตามปกติ หากเกิดการชำรุดเสียหายหรือสูญหาย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ (โดยชำระค่าใช้จ่ายตามจริง คือ เครื่องปั๊มยา 25,000 บาท, เครื่องผลิต 45,000 บาท)

ลงชื่อ.....จนท. ลงชื่อ.....ผู้ยืม (ญาติ)

(.....) (.....)

ส่วนที่ 3

สำหรับเจ้าหน้าที่

<u>คืนอุปกรณ์</u>

ข้าพเจ้าได้นำยาและอุปกรณ์มาคืน พร้อมทั้งตรวจสอบความเรียบร้อยของอุปกรณ์แล้ว

<u>ยาที่นำมาคืน</u>

☐ MO..... amp, ☐ midazolam .....amp, ☐ fentanyl.....amp

และมีความประสงค์

☐ ขอรับเงินมัดจำคืนทั้งหมด จำนวน .....บาท

☐ ขอร่วมบริจาคเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน .....บาท **โปรดเรียกใบเสร็จทุกครั้ง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบอุปกรณ์ ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....) (.....)

ส่วนที่ 4

ข้อมูลติดต่อ

หมายเหตุ : โปรดส่งคืนวัสดุ / อุปกรณ์ ในวันเวลาราชการ (วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น.) และทำความสะอาดอุปกรณ์ก่อนเอามาคืน (ขอบคุณค่ะ)

ติดต่อศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตึก สว .1 ชั้น 18

โทรศัพท์ 043-366598-9 นอกเวลา 084-409-9935

พยาบาลผู้รับผิดชอบ.....

.*** โปรด นำใบยืมอุปกรณ์ ยาและซากยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งเมื่อมาส่งอุปกรณ์และให้นำส่งอุปกรณ์ภายใน 7 วัน หลังใช้เสร็จ ส่งช้าปรับวันละ 50 บาท