

ศูนย์เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลนาคู
ใบแจ้งซ่อม / ใบส่งซ่อมเครื่องมือแพทย์

(Medical Equipment Repair Request Form)

เลขที่ใบงาน (Work Order No.)

วันที่แจ้งซ่อม/...../.....

เวลา

ข้อมูลเครื่องมือแพทย์

ชื่อเครื่องมือประเภทเครื่องมือ

ยี่ห้อรุ่น

Serial Numberเลขครุภัณฑ์

หน่วยงานผู้ครอบครองสถานที่ติดตั้ง

ข้อมูลผู้แจ้งซ่อม

ชื่อ-สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน

รายละเอียดอาการขัดข้อง

วันที่พบปัญหา/...../.....

ลักษณะปัญหา

☐ เปิดไม่ติด

☐ แบตเตอรี่เสื่อม

☐ จอแสดงผลผิดปกติ

☐ ค่าที่วัดได้ไม่ถูกต้อง

☐ Alarm ผิดปกติ

☐ อุปกรณ์ชำรุด

☐ สายไฟ/ปลั๊กไฟชำรุด

☐ อื่น ๆ

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

ระดับความเร่งด่วน

☐ วิกฤต (กระทบการรักษาผู้ป่วย)

☐ สูง

☐ ปานกลาง

☐ ต่ำ

มีเครื่องสำรองใช้งานหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

การรับเรื่องโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์

วันที่รับแจ้ง/...../.....ผู้รับเรื่องเลขทะเบียนงานซ่อม.....

ผลการตรวจเบื้องต้น

☐ ซ่อมได้ภายในหน่วยงาน

☐ ต้องส่งบริษัทภายนอก

☐ รออะไหล่

☐ เสนอจำหน่าย

รายละเอียด.....

การส่งซ่อมภายนอก

บริษัทวันที่ส่งซ่อม/...../.....เลขที่ใบส่งซ่อม.....

ผู้ประสานงานเบอร์โทร

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐวดี สุภิตาภรณ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู

ผลการซ่อม

วันที่ซ่อมเสร็จ/...../.....

รายละเอียดการซ่อม

อะไหล่ที่เปลี่ยน.....

ค่าใช้จ่าย บาท

เอกสารประกอบการตรวจรับงานซ่อม

- ☐ Service Report ☐ รายการอะไหล่ที่เปลี่ยน ☐ Electrical Safety Test Report
☐ Calibration Report ☐ Performance Verification Report ☐ เอกสารรับประกันงานซ่อม
☐ อื่น ๆ

ผลการตรวจรับงานซ่อม

- ผลการทดสอบหลังซ่อม ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน
ผลการตรวจสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้า ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน
ผลการตรวจสอบสมรรถนะ ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน
สถานะเครื่องมือ ☐ พร้อมใช้งาน ☐ พร้อมใช้งานแบบมีเงื่อนไข ☐ ไม่พร้อมใช้งาน
Risk Classification ☐ High Risk ☐ Medium Risk ☐ Low Risk

Downtime

- วันที่เสีย...../...../.....
- วันที่กลับมาใช้งาน...../...../.....
- จำนวนวันหยุดใช้งาน/...../.....

Root Cause Analysis ☐ การเสื่อมสภาพตามอายุ ☐ การใช้งานผิดวิธี ☐ ไฟฟ้าขัดข้อง
☐ อะไหล่ชำรุด ☐ ขาด PM ☐ อื่น ๆ.....

การส่งมอบคืนหน่วยงาน

หน่วยงาน

ผู้รับมอบ ลงชื่อ

(.....)

วันที่ส่งมอบ/...../.....

การอนุมัติปิดงาน

ผู้ดำเนินการซ่อม ลงชื่อ

(.....)

วันที่/...../.....

เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ลงชื่อ

(.....)

วันที่/...../.....

หมายเหตุ

ห้ามนำเครื่องมือกลับไปใช้งานจนกว่าจะผ่านการตรวจสอบด้านความปลอดภัยและสมรรถนะ พร้อมได้รับการอนุมัติจากศูนย์เครื่องมือแพทย์เรียบร้อยแล้ว