ใบตรวจเช็คเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion Pump)

ยี่ห้อ.....
รุ่น.....
SERAIL NUMBER.....

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน.....
เลขครุภัณฑ์.....
ID ภายใน.....

รายการ	Pass	Failure	ผลการปฏิบัติ
1. ตัวเครื่อง			
2. สายไฟ AC			
3. Drop Sensor			
4. ชุดล็อคเสาน้ำเกลือ			
5. Door			
6. หน้าจอ			
7. Key Pad			
8. Battery			
9. Self test			
10. รายการอื่น ๆ เพิ่มเติม			

ความเห็นช่าง

.....
.....
.....

วันที่รับเครื่อง	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง	ลงชื่อผู้รับเครื่อง
...../...../.....	.....	.....
	ตำแหน่ง ( )	(เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)
วันที่ส่งคืนเครื่อง	ลงชื่อผู้รับเครื่อง	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง
...../...../.....	.....	.....
	ตำแหน่ง ( )	(เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)

ใบตรวจเช็คเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางกระบอกฉีดยา (Syringe Pump)

ยี่ห้อ.....	**หอผู้ป่วย/หน่วยงาน**.....
รุ่น.....	**เลขครุภัณฑ์**.....
SERAIL NUMBER.....	**ID ภายใน**.....

รายการ	Pass	Failure	ผลการปฏิบัติ
1. ตัวเครื่อง			
2. สายไฟ AC			
3. ชุดล็อคเสาน้ำเกลือ			
4. Clamp ต่างๆ			
5. Key Pad			
6. หน้าจอ			
7. Battery			
8. Self test			
9. รายการอื่น ๆ เพิ่มเติม			

ความเห็นช่าง

.....

.....

.....

วันที่รับเครื่อง ...../...../.....	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง ..... ตำแหน่ง ( )	ลงชื่อผู้รับเครื่อง ..... (เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)
วันที่ส่งคืนเครื่อง ...../...../.....	ลงชื่อผู้รับเครื่อง ..... ตำแหน่ง ( )	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง ..... (เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)