

**Instument (อุปกรณ์บำบัดรักษาโรค)**

รหัสเบิก	รายการ	ขนาด ระบุ	ราคา	วันที่/เดือน													
				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
Instument	8602	/Arm Sling # S/M/L/XL		150.00													
	8608	/KNEE SUPPORT # S/M/L/XL		800.00													
	8603	/ELBOW SUPPORT # S/M/L/XL		280.00													
	8307	/lumba suport # S/M/L/XL/XXL		1,000.00													
	8301	/Soft collar # S/M/L		250.00													
	3002	/ET Non-cuff No. 2.5 - 5		29.00													
	3002	/ET with-cuff No. 5 - 8		36.00													
	3003	/Tracheostomy tube plastic No. 6-8 mm		1,900.00													
	3005	/Tracheostomy tube (sitver) No. 5-11 mm		1,000.00													
	3101	/Trocar (ท่อระบายช่องอก) No 28/32		300.00													
	5701	/Colostomy ชนิด 1 ชั้น (OR-ถุง+แป้น)		70.00													
	5702	/Colostomy ถุง 57 mm	57	70.00													
	5702A-C	/Colostomy ถุง 45/60/70 mm (ฟรี UC) :		70.00													
	5703A	/Colostomy แป้น 57 mm	57	140.00													
	5703A1-3	/Colostomy แป้น 45/60/70 mm (ฟรี UC)		140.00													
	5704A	/ผงแป้ง:Stoma powder		300.00													
	5704B	/กาว:stoma paste		300.00													
	เจ้าหน้าที่	พยาบาล	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลการใช้เวชภัณฑ์		เขียนด้วยบรรจง												
เภสัชกร		เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HOSxP วันที่ลงข้อมูลใน HOSxP		เขียนด้วยบรรจง													
<p>ข้าพเจ้า ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ได้รับทราบ มีความเข้าใจในเหตุผลที่ต้องใช้วัสดุทางการแพทย์/อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาโรค และยินยอมชำระเงิน ส่วนเกินสิทธิรักษาโดยไม่สามารถเบิกคืนได้</p>																	
<p><b>ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย</b></p> <p>ลงชื่อ..... (.....) วันที่ ...../...../.....</p>				<p><b>ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้ทำการรักษา</b></p> <p>ลงชื่อ..... (.....) วันที่ ...../...../.....</p>				<p><b>ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย</b></p>									
<p>โดย งานบริหารเวชภัณฑ์ (คลังยา) กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี (9/8/2567 )</p>																	