

6.5.1 จัดให้มีกระบวนการจัดการยกเลิกการใช้งานเครื่องมือทางการแพทย์ โดยต้องมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจยกเลิกการใช้งานเครื่องมือทางการแพทย์

แบบบันทึกขออนุมัติยกเลิกใช้งานเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต

ชื่อเครื่องมือ	ยี่ห้อ	รุ่น
หมายเลขเครื่อง	ID	หมายเลขครุภัณฑ์
ผู้ผลิต	วันที่ซื้อ	หน่วยงาน
ราคาซื้อ	ราคาประเมินปัจจุบัน	
ราคาซ่อมสะสม	ราคาอะไหล่	
ข้อควรพิจารณาสำหรับการยกเลิกการใช้งานเครื่องมือแพทย์		
	ใช่	ไม่ใช่
1. ราคาซ่อมสูงกว่า 25% ของราคาซื้อ		
2. ราคาซ่อมสะสมรวมสูงเกิน 75% ของราคาซื้อ		
3. อายุการใช้งานเกินอายุหรือไม่มีอะไหล่		
4. มีการซ่อมด้วยสาเหตุเดิมเกิน 7 ครั้ง/ปี		
5. มีการแจ้งเตือนอันตราย การแจ้งห้ามใช้เครื่องมือ/มีอันตรายหากนำไปใช้งาน		
6. ไม่สามารถซ่อมได้		
7. ผลการทดสอบ/สอบเทียบไม่ผ่านและไม่สามารถปรับแต่งได้		
เหตุผลอื่นๆ		
เห็นควรยกเลิกการใช้งานหรือจัดซื้อทดแทน เนื่องจาก.....		
.....ลงชื่อ.....ช่างผู้ปฏิบัติงาน		
ความเห็นของเจ้าหน้าที่พัสดุ		
ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย		
เหตุผล.....		
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่พัสดุ		
ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย		
เหตุผล.....		
ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล		
ได้พิจารณารายงานผลการประเมิน มีความเห็นดังนี้ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ		
เหตุผล.....		
ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต		