**แบบประเมินห้องปฏิบัติการรับตรวจต่อ**

งานชันสูตรสาธารณสุข กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อห้องปฏิบัติการรับตรวจต่อ………………………………………………………………….

วัน เดือน ปีที่ประเมิน..................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| หัวข้อ | รายละเอียดที่พิจารณา | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
| 1.การบริการรับตัวอย่าง | -ระยะเวลาที่เข้ารับตัวอย่าง  -การดูแลเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ | 5  5 |  |
| 2. การตรวจวิเคราะห์ | -ความรวดเร็วของผลการตรวจวิเคราะห์  -ความถูกต้องชัดเจน รายละเอียดครบถ้วน  -คุณภาพของผล EQC | 5  5  5 |  |
| 3.การติดต่อสื่อสาร | -การติดต่อสื่อสารทาง Website ของบริษัท  -การติดต่อตัวแทนขายของบริษัท  -ความสม่ำเสมอในการเยี่ยมลูกค้า | 5  5  5 |  |
| 4.การสนับสนุนด้านวิชาการ | -การให้ข้อมูลและอธิบายผลการวิเคราะห์ได้ละเอียดครบถ้วน | 5 |  |
|  | รวม | 45 |  |

**วิธีการประเมิน**

1.กรณีปฏิบัติได้ครบถ้วน ดีสม่ำเสมอ ให้หัวข้อนั้นเต็ม

2.กรณีถ้าปฏิบัติไม่ครบถ้วนให้คะแนนครึ่งหนึ่ง

3.กรณีไม่ได้ปฏิบัติในนั้นไม่ได้คะแนน

เกณฑ์การประเมิน คะแนนรวม ผ่าน ≥ 35 คะแนน

ไม่ผ่าน < 35 คะแนน

ลงชื่อผู้ประเมิน………………………………………

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

ตำแหน่ง............................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ 1พฤษภาคม 2556 | แก้ไขครั้งที่ 0 | Fm – LAB -006/2 |