**แบบบันทึกการตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องมือก่อนใช้งาน**

งานชันสูตรสาธารณสุข กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อเครื่องมือ......................................................................................

รหัสครุภัณฑ์....................................................................................

วันที่ติดตั้ง........................................................ บริษัท........................................................ โทร.................................................

ราคา................................................................ งบที่จัดซื้อ..........................................................................................................

การใช้งาน....................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการตรวจสอบก่อนใช้งาน | ใช้ได้ | ใช้ไม่ได้ / ต้องปรับปรุง |
| 1.การติดตั้งถูกต้อง |  |  |
| 2.ตำแหน่งที่ติดตั้งเหมาะสม |  |  |
| 3.คุณสมบัติครบถ้วน |  |  |
| 4.ทดสอบความพร้อมก่อนใช้งาน |  |  |

สรุปผล.........................................................................................................................................................................................

ผู้ทดสอบ...............................................................

วันที่ทดสอบ..........................................................

วันที่อนุมัติใช้........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ 1พฤษภาคม 2556 | แก้ไขครั้งที่ 0 | Fm – LAB - 022 |