

ใบขอเบิกน้ำเกลือ โรงพยาบาลวังเจ้า

ใบเบิกเลขที่.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

ลำดับ	รายการ	บรรจุ	Max	คงเหลือ	จำนวนที่เบิก	จำนวนที่ได้รับ	หมายเหตุ
1	Glucose inj. 5% (D-5-W)	100 ml.	10				
2	Glucose inj. 5% (D-5-W)	500 ml.	10				
3	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N )	500 ml.	10				
4	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N )	1000 ml.	10				
5	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/2 )	500 ml.	10				
6	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/2 )	1000 ml.	10				
7	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/3 )	500 ml.	10				
8	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/4 )	500 ml.	10				
9	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/5 )	500 ml.	10				
10	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-5-N/5 )	500 ml.	10				
11	Glucose+Sodium chloride inj. ( D-10-N/2 )	1000 ml.	10				
12	Lactated ringer solution inj.	1000 ml.	10				
13	Sodium chloride inj. 0.9%	5 ml.	10				
14	Sodium chloride inj. 0.9%	100 ml.	60				
15	Sodium chloride inj. 0.9%	500 ml	10				
16	Sodium chloride inj. 0.9%	1000 ml.	40				
17	Sodium chloride (external use) 0.9%	1000 ml.	40				
18	Water for injection inj.	100 ml.	10				
19	Water for injection inj.	10 ml.	10				
20	Water for Irrigation (Sterile)	1000 ml.	10				
	<b>เคมีภัณฑ์</b>	450 ml					
21	AMMONIA SPIRIT 30 ml	30 ml	1				
22	Chlorhexidine gluconate scrub 4%	450ml	1				
23	Hydrogen peroxide soln.6%	450ml	1				
24	Alcohol 70% 450ml	bott.	2				
ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับยาแทนได้				ผู้มีสิทธิเบิกยา			
ผู้มีสิทธิเบิก/ส่งคืน				ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน			
ผู้จ่าย				ผู้ตรวจสอบ			
				หัวหน้าฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน			
ได้รับยาตามจำนวนและรายการที่จ่ายเรียบร้อยแล้ว				ผู้อนุมัติจ่าย			
ผู้รับ							

.....

.....