

ขั้นตอนการเข้ารับบริการสอบเทียบ

เครื่องมือแพทย์สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุ

หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ห้องปฏิบัติการสอบเทียบเครื่องมือวัดทางการแพทย์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1



การกรอกเอกสารเพื่อส่งเครื่องมือสอบเทียบ

กรอกเอกสารตาม Link

[http://do1.new.hss.moph.go.th:8080/s
how_topic.php?id=1682](http://do1.new.hss.moph.go.th:8080/s
how_topic.php?id=1682)

หรือที่ QR code ดังรูป



กรอกรายละเอียดส่วนที่ 1 ข้อ 1-3

ใบคำขอรับบริการสอบเทียบ

ส่วนที่ 1 (สำหรับลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ)

1. ข้อมูลลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ

ชื่อ นามสกุล สถานที่ติดต่อ

เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

2. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (ถ้าต้องการ) ชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1. ตามชื่อ-ที่อยู่

3. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรับรองผลการสอบเทียบ (ภาษาอังกฤษ)

ชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้

.....
.....

กรอกรายละเอียดส่วนที่ 1 ข้อ 4

4. รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดในข้อที่ 5)

4.1 จำนวนตัวอย่าง.....ตัวอย่าง

4.2 การรับรายงานผลสอบเทียบและการส่งคืนตัวอย่างสอบเทียบ มารับเอง ส่งทางไปรษณีย์ ชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1.

ส่งทางไปรษณีย์ ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้

.....

.....

4.3 การชำระเงิน เงินสด เงินโอน เช็ค

4.4 หมายเหตุ ช่องทางการโอนหรือออกเช็ค ธนาคาร เลขที่บัญชี

4.5 สถานที่สอบเทียบ ศบส.1 ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1

ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้.....



ที่ สธ ๐๗๑๖.๐๓/

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓
๓๙๑/๓ หมู่ ๔ ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม
จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๙๐

พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งค่าบริการทดสอบเทียบเครื่องมือแพทย์

เรียน [REDACTED]

อ้างถึง [REDACTED]

สิ่งที่ส่งมาด้วย อัตราค่าบริการทดสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่ อ้างถึง [REDACTED] ได้ขอความอนุเคราะห์
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓ ดำเนินการทดสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ ให้กับ [REDACTED]
[REDACTED] จำนวน [REDACTED] เครื่อง นั้น

ในการนี้ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓ ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอแจ้ง
ค่าบริการทดสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ เป็นจำนวน [REDACTED] บาท [REDACTED]
[REDACTED] รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ โดยมีช่องทางการชำระเงินดังนี้

๑. ชำระที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓
๒. โดยการสั่งจ่ายเช็คในนาม "ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓ (เงินป่ารุง)"
๓. ชำระด้วยวิธีโอนเงิน บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาถนนสุเทพ ประเภท

ออมทรัพย์ ชื่อบัญชี ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓ (เงินป่ารุง) หมายเลขบัญชี ๕๒๓-๐-๗๐๕๗๓-๐
ทั้งนี้เมื่อชำระเงินด้วยวิธีการโอนเงิน กรุณาแจ้งรายละเอียดการโอนเงินทางโทรศัพท์ ๐-๕๓๓๑-๒๒๒๐
ต่อ ๑๒๓ หรือโทรสาร ๐-๕๓๓๙-๖๓๙๙ เพื่อศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓ จะได้ดำเนินการออก
ใบเสร็จรับเงินให้ [REDACTED] ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกำพล ไหลมา)

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓

กลุ่มบริหารงานทั่วไป

โทร. ๐ ๕๓๓๑ ๒๒๒๐ ต่อ ๑๒๓

โทรสาร. ๐ ๕๓๓๙ ๖๓๙๙

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-hss1@hss.mail.go.th



1426 สายด่วน
สุขภาพ
1426



โดยมีช่องทางการชำระเงินดังนี้

๑. ชำระที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑

๒. โดยการส่งจ่ายเช็คในนาม “ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ (เงินบำรุง)”

๓. ชำระด้วยวิธีโอนเงิน บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาถนนสุเทพ ประเภท

ออมทรัพย์ ชื่อบัญชี ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ (เงินบำรุง) หมายเลขบัญชี ๕๒๑-๐-๗๐๕๗๓-๐
ทั้งนี้เมื่อชำระเงินด้วยวิธีการโอนเงิน กรุณาแจ้งรายละเอียดการโอนเงินทางโทรศัพท์ ๐-๕๓๑๑-๒๒๒๐
ต่อ ๑๒๑ หรือโทรสาร ๐-๕๓๘๘-๖๑๘๘ เพื่อศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ จะได้ดำเนินการออก
ใบเสร็จรับเงินให้ต่อไป

สำนักงาน รหัสสาขา 521
Office

บัญชีเลขที่ 521-0-70573-0
Account No.

สาขาถนนสุขุมวิท

ชื่อบัญชี
Account Name

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑
(เงินบำรุง)



ธนาคารกรุงไทย
KRUNGTHAI BANK



ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

SA AA 1716329

รายการเครื่องมือในสถานประกอบการฯ

| ลำดับ | ชื่อเครื่องมือ | | อัตราค่าบริการ/เครื่อง | ราคาพิเศษ |
|-------|--|--------------------------------------|------------------------|-----------|
| ๑ | เครื่องวัดความดันแบบอนาล็อก | Analog Blood Pressure | ปกติ ๖๐๐ บาท | ๑๐๐ |
| ๒ | เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล | Digital Blood Pressure | ปกติ ๙๐๐ บาท | ๑๐๐ |
| ๓ | เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้แบบดิจิตอล | Digital Patient Thermometer | ปกติ ๑,๖๐๐ บาท | ๑๐๐ |
| ๔ | เครื่องวัดอุณหภูมิแบบอินฟราเรด | Infrared Thermometer | ปกติ ๑,๐๐๐ บาท | ๕๐๐ |
| ๕ | เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน | Pulse Oximeter | ปกติ ๗๐๐ บาท | ๓๐๐ |
| ๖ | เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่ | Adult Weight | ปกติ ๙๐๐ บาท | ๓๐๐ |
| ๗ | เครื่องวัดอัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน | Oxygen-Air Proportion | ปกติ ๗๐๐ บาท | ๓๐๐ |
| ๘ | เครื่องดูดของเหลว | Suction | ปกติ ๗๐๐ บาท | ๓๐๐ |
| ๙ | เครื่องกระตุกหัวใจ | Automatic External Defibrillato(AED) | ปกติ ๑,๐๐๐ บาท | ๕๐๐ |
| ๑๐ | อื่นๆสามารถติดต่อสอบถามอัตราค่าบริการได้ | | | |

5. รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้

| ลำดับ | ชนิดเครื่องมือ | ยี่ห้อ | รุ่น | หมายเลขเครื่อง | วิธีการสอบเทียบ | อุปกรณ์ประกอบ | ผลการประสานเพิ่มเติม |
|-------|----------------|--------|------|----------------|---|---|--|
| | | | | | <input type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ตัวแทน/ผู้นำส่ง
 (.....)
/...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ประสานงาน
 (.....)
/...../.....

| ลำดับ | ชนิดเครื่องมือ | ยี่ห้อ | รุ่น | หมายเลขเครื่อง | วิธีการสอบเทียบ | อุปกรณ์ประกอบ | ผลการประสานเพิ่มเติม |
|-------|------------------------|--------|----------|----------------|--|--|---|
| 1. | เครื่องวัดความดันโลหิต | Omron | HBP-1300 | 2019148965 LG | <input checked="" type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input checked="" type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input checked="" type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |
| 2. | เครื่องวัดความดันโลหิต | TERUMO | ES-P310 | 12345678 | <input checked="" type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input checked="" type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆแบบเดือรี่ AAA 4 ถัง..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ตามขอบข่ายของห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ระบุวิธีการ..... | <input type="checkbox"/> สายไฟ AC <input type="checkbox"/> อแดปเตอร์ <input type="checkbox"/> Cuff/(ผ้าพันแขน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> ลูกค้ายกเลิก <input type="checkbox"/> ลูกค้ำรับบริการอย่างมีเงื่อนไข คำอธิบาย..... |

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ตัวแทน/ผู้นำส่ง
 (.....)
/...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ประสานงาน
 (.....)
/...../.....

การเตรียมการจัดส่งเครื่องมาสอบเทียบ



- ตรวจสอบสภาพเครื่องภายนอกอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
- เปิดเครื่องทดสอบการใช้งาน ใช้งานได้ปกติ
- เตรียมกล่องของเครื่องแต่ละชนิด บรรจุเครื่องลงกล่องและห่อกันกระดาษ
- รวมแต่ละเครื่องมือ บรรจุกล่องใหญ่รวมกันมา
- ถ่ายรูปกล่องที่บรรจุรวมทุกเครื่องเรียบร้อยแล้วไว้ก่อนจัดส่ง

ห่อหุ้มแบบมือโปร ลดความเสียหาย อุ่นใจถึงปลายทาง

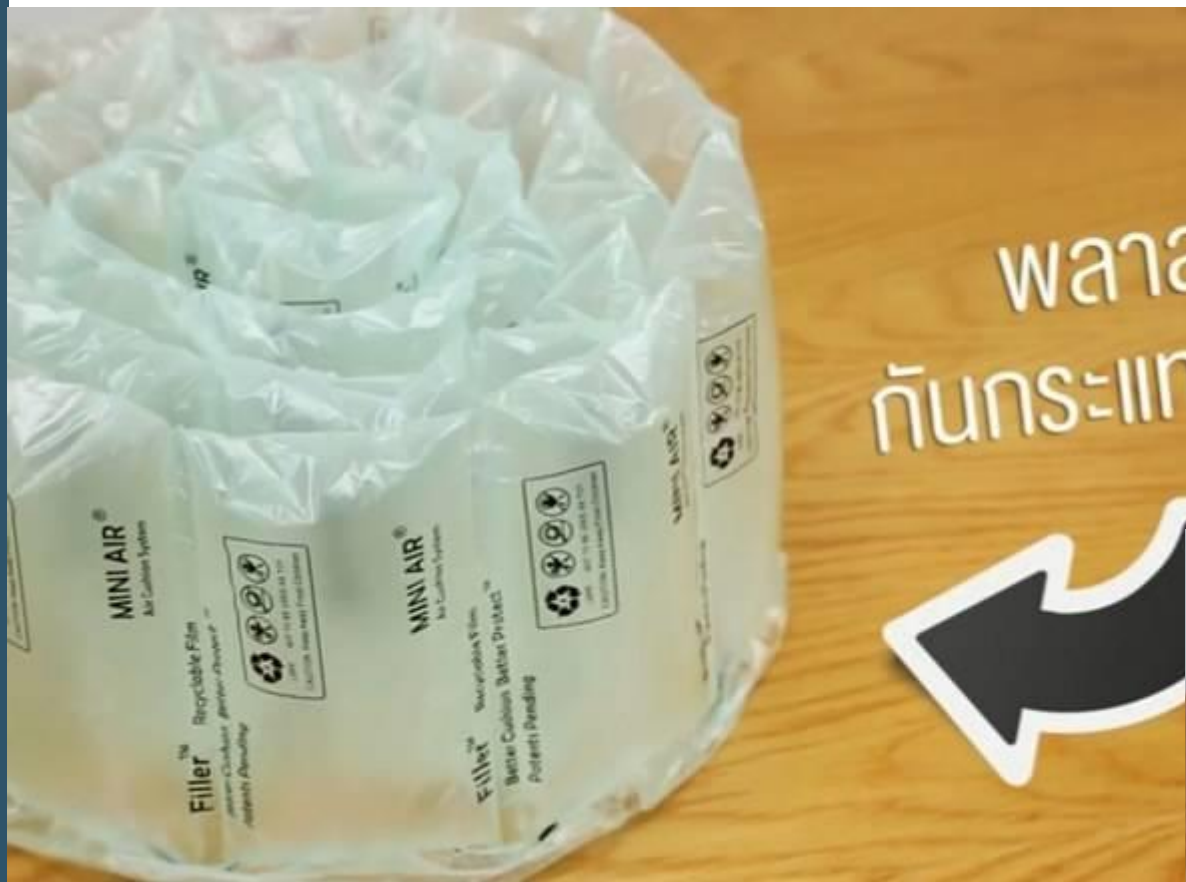
<https://today.line.me/th/v2/article/9P5RYq>



แยกของแต่ละชิ้นห่อด้วยแผ่น EPE โฟม



ห่อด้วยพลาสติกกันกระแทกทรงกระบอก



พลาสติก
กันกระแทกสีเขียว

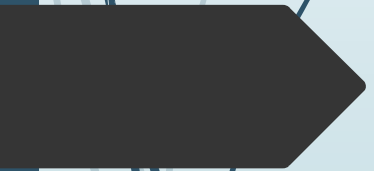


กรุช่องว่างให้แน่นด้วยเม็ดโฟม



เขียนหรือติดข้อความ"ระวังแตก"บนกล่อง

ระยะเวลาในการสอบเทียบ



- **รับใบคำขอรับบริการ**
- **นัดหมายส่งเครื่องมือมายังห้องปฏิบัติการฯ**
- **ใช้เวลาในการสอบเทียบ ในกรณีรับเครื่องมือมารวมกันไม่เกิน 10 รายการ ประมาณ 3-5 วันทำการ**
- **แจ้งมารับคืนเครื่องมือ และชำระเงิน ตามนัดหมาย**

ในกรณีส่งเครื่องมือมาทางขนส่ง ห้องปฏิบัติการฯ จะจัดส่งเครื่องมือให้หลังจากชำระเงินเรียบร้อยแล้ว



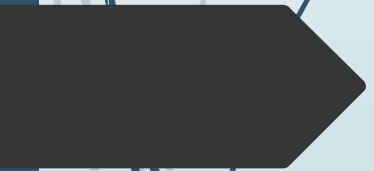
ค่าบริการส่งและรับเครื่องมือ ในกรณีที่ไม่สามารถมาส่งเครื่องมือ
เองได้ จะเป็นการใช้บริการขนส่งเอกชน ทางกิจการดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ออกค่าใช้จ่ายในการส่งและรับเครื่องมือเอง

อุปกรณ์ประกอบที่นำมาสอบเทียบ



เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอนาล็อก





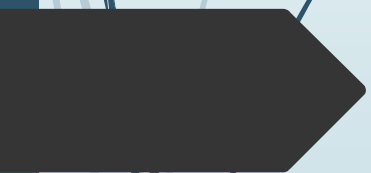


ก่อนเคลื่อนย้าย ปิดวาล์ว
เพื่อไม่ให้ปรอทเคลื่อนที่



Sphygmomanometer

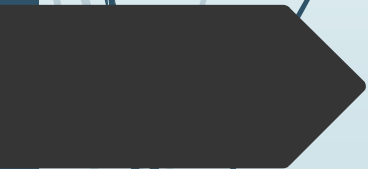
เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล





เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้แบบดิจิตอล



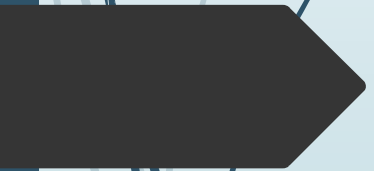


เครื่องวัดอุณหภูมิแบบอินฟาเรด





เครื่องวัดความอืดตัวของออกซิเจน





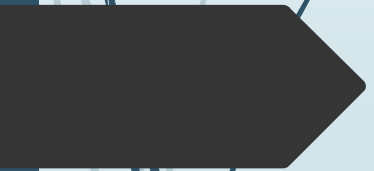
เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่



beurer
HEALTH AND WELL-BEING



เครื่องวัดอัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน





เครื่องดูดของเหลว





เครื่องกระตักหัวใจ





ชุด Philips Hearstart FRx AED พร้อมอุปกรณ์



HeartStart FRx



Carrying Case



Battery



Smart Pad II



Child Key



Fast Response Kit



Alarm Cabinet