



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร ๐๓๘-๓๕๒๙๗๔-๙ ต่อ ๒๐๐๖-๗

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐๑/๒๓๖๖

วันที่ - ๙ พ.ย. ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วย โรงพยาบาลแหลมฉบัง ขอส่งเอกสารเบิกจ่ายเงิน ตามที่ได้จัดซื้อวัสดุทางการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง กับ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี เล่มที่ - เลขที่ ๑๓๑๐๖๕๖๓๕๗ ตรวจรับพัสดุ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ซึ่งได้เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว ตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๕/๖๖ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการตรวจรับได้ตรวจรับของถูกต้องแล้ว

ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่องมอบอำนาจในการอนุมัติจ่ายเงินบำรุง ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนอนุมัติในวงเงินไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน) จึงขออนุมัติจ่ายเงินบำรุง โรงพยาบาลแหลมฉบัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติเบิกจ่ายต่อไป


(นางสุธา ภิญโญยิ่ง)
เจ้าหน้าที่

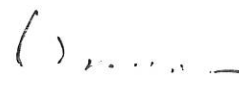
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

- ตรวจสอบถูกต้องเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้
- ให้เบิกจ่ายเงินจำนวน ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท


(นางสาวจำเนียร อิศรานุกุล)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน


(นายจรัสศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ


(นายรามเมศร์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ผ่านแผนแล้ว
วันที่ 14/11/๒5

จำนวน 1013๕279



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร ๐๓๘-๓๕๒๙๗๔-๙ ต่อ ๒๐๐๖-๗

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐๑/ ๕๗/๕๕

วันที่ - ๙ พ.ย. ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

ด้วย งานพัสดุ ขอรายงานการตรวจรับพัสดุ ตามที่ โรงพยาบาลแหลมฉบัง ได้จัดซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง กับ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด ตามใบกำกับภาษี /ใบส่งของ เลขที่ ๑๓๑๐๖๕๖๓๕๓ ตรวจรับพัสดุ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ซึ่งได้เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว ตามใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๕/๖๖ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

คณะกรรมการตรวจรับได้ตรวจรับของถูกต้องแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


(นางสุธา ธิญญะยั้ง)
เจ้าหน้าที่


(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบ

๖๖ ๑๖/๑๑/๖๕

(.....)

(นายรามณรงค์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี


นางสุธา ธิญญะยั้ง
เจ้าหน้าที่งานพัสดุนานาญงาน

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๑๕/๖๖ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลแหลมฉบัง ได้ตกลงซื้อ
กับ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น
๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

☒ ครบถ้วนตามสัญญา

☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

☒ ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการฯ

(นายปัญญาฤทธิ์ กิตีวรรณประสาร)

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นางสาวชนิดา วัฒนา)

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นางนิภาพร จงจวง)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๕๑๐๗๒๑๓๘๓๐

เลขคู่มือสัญญา ๖๕๑๐๑๔๑๖๔๓๘๑

เลขคู่มือตรวจรับ ๖๕๑๐A๑๒๑๕๔๓๓

สืบเนื่องมาจากบัญชี เลขที่ 2 การขายทรัพย์สินจากที่ดินวัดวัดชัยนาคะวัน 8-9 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110 เป็นมรดกของโยมแก้วแก้วแก้ว
ดังนี้คือ: เลขที่ 99 19 99 20 99 20 หมู่ 3 ถนนบางนา-ตราด กม.23 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 10540
ศูนย์บริการลูกค้า: โทร. 1727 0-2123-1000 โทรสาร 0-2656-9701 ต่อสำนักงาน โทรฟรี 1800 500 000 โทรสารฟรี 1800 500 001
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 010553910691



ZUELLIG
PHARMA

Official Receipt / Copy Tax Invoice

ขายให้ / Bill To รพ. นพ. สมบูรณ์		ส่งของให้ / Ship To รพ. นพ. สมบูรณ์		หน้า / Page 1 / 1 เลขที่ / Inv# 1310656353 วันที่ / Date แผนก / Client 102101 ZIMMER BIOMET (THAILAND) CO., LTD.	
ม.7 ด.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110 โทร. 038352974-79		ม.7 ด.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110 โทร. 038352974-79			
ลูกค้าเลขที่ Customer Code	ใบสั่งขาย Sales Order No.	อ้างถึง Reference PO No.	สัญญาเลขที่ Contract No.	พนักงานเก็บเงิน Bill Collector Code	สาขา Delivery Route
30127625	241929216	15/66	8510157204	2902001596 ZPOR	PCEA
รหัสสินค้า Item Code	รายการสินค้า Item Description		จำนวน Quantity	หน่วย UOM	ราคาขายรวม VAT Unit Price Incl. VAT
	ชุดข้อเข่าเทียม		1	ชุด	48,745.00
					45,556.07
					45,556.07
บริษัท ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด ได้รับเงินไว้แล้วด้วยความขอบคุณ ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของพนักงานเก็บเงิน พร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการ หรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้งของบริษัทนี้ และ เช็คของท่านเรียกเก็บเงินจากธนาคารได้ครบถ้วนแล้ว การชำระเงินโปรดจ่ายเช็คจี้ดพร้อมโน้ตนาม บริษัท ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด เท่านั้น หรือ โอนเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด Form No. : FM-BC-013 Rev.No. : 1 Effective Date : 01/01/21 Next Review date : 31/12/22 Page No. : 2 of 2 Reference : SOP-BC-014 - THIS FORM IS FOR INTERNAL USE ONLY. WHEN FILLED OUT, IT IS CLASSIFIED AS STRICTLY CONFIDENTIAL - รวมทั้งสิ้น สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบห้าบาทถ้วน ในนาม บริษัท ซิลลิก ฟาร์มา จำกัด ได้รับเงินถูกต้องเรียบร้อยแล้ว 21 ธ.ค. 2565 ผู้จัดการ ผู้รับเงิน วันที่					Total Excl. VAT 45,556.07 Net Before VAT 45,556.07 VAT 7% 3,188.93 Amount To Be Paid 48,745.00

บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด

สำนักงานใหญ่ : เลขที่ 2 อาคารเพลินจิตเซ็นเตอร์ ชั้น 8-9 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 (เป็นผู้ออกใบกำกับภาษี)

คลังสินค้า : เลขที่ 99/19, 99/20, 99/2 หมู่ 3 ถนนบางนา-ตราด กม.23 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 10570

ศูนย์บริการลูกค้า : โทร. 1727, 0-2123-1000 โทรสาร 0-2656-9701 ต่างจังหวัด โทรฟรี 1800 500 000 โทรสารฟรี 1800 500 001

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105539106911

(เอกสารออกเป็นชุด)

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี



**ZUELLIG
PHARMA**

ใบส่งของ / สำเนาใบกำกับภาษี / สำเนาใบแจ้งหนี้

Delivery Receipt / Copy Tax Invoice / Copy Invoice

ขายให้ / Bill To

รพ. แผลมฉบ่ง

ส่งของถึง / Ship To

รพ. แผลมฉบ่ง

หน้า / Page 1 / 1

เลขที่ / Inv# 1310656353

วันที่ / Date 18/10/22

แผนก / Client

102101

ZIMMER BIOMET

(THAILAND) CO., LTD

ม.7

ด.ศิริราชา

อ.ศิริราชา

จ.ชลบุรี 20110

โทร. 038352974-79

ม.7

ด.ศิริราชา

อ.ศิริราชา

จ.ชลบุรี 20110

โทร. 038352974-79

ลูกค้าเลขที่ Customer Code	ใบสั่งขาย Sales Order No.	อ้างอิง Reference PO No.	สัญญาเลขที่ Contract No.	พนักงานเก็บเงิน Bill Collector Code	สายรถ Delivery Route	กำหนดชำระ Payment Term	ลูกค้าสัมพันธ์ Operator
30127626	241929216	15/66	510157204	2902001596 ZPOR	PCEA	Credit	ECPE2EUSRTH

รหัสสินค้า Item Code	รายการสินค้า Item Description	จำนวน Quantity	หน่วย UOM	ราคาขายรวม VAT Unit Price Incl. VAT	ราคาขายไม่รวม VAT Unit Price Excl. VAT	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
	ชุดข้อเข่าเทียม	1	ชุด	48,745.00	45,556.07	45,556.07

หมายเหตุ หากท่านตรวจสอบแล้วพบว่าสินค้าหรือใบกำกับภาษีไม่ถูกต้อง กรุณาแจ้งภายใน 3 วัน หากพ้นกำหนดบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์

ในการพิจารณาปรับคืนสินค้าหรือเปลี่ยนแปลงเอกสารและเมื่อครบกำหนดชำระแล้วไม่ชำระท่านจะต้อง ชำระดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี

การชำระเงินโปรดจ่ายเช็คติดพร้อมใบนาม บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด หรือ โอนเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด เท่านั้น

Form No. : FM-IA-001 Rev.No. : 1 Effective Date : 01/01/21 Next Review Date : 31/12/22 Page No. : 2 of 5 Reference : SOP-IA-001

THIS FORM IS FOR INTERNAL USE ONLY. WHEN FILLED OUT, IT IS CLASSIFIED AS CONFIDENTIAL

รวมทั้งสิ้น สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน

ในนาม บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด

ได้รับสินค้าถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

Pichai L. Blak L

ผู้จัดการ

[Signature]

ผู้ส่งของ/วันที่

18/10/22

[Signature]

ผู้รับของ/วันที่

18/10/22

Total Excl. VAT 45,556.07

Net Before VAT 45,556.07

VAT 7% 3,188.93

Amount To Be Paid 48,745.00

ON:9510157204 ผา:18/10/22 HN:651113265

OBD: 173337427 / 0

ใบชำระเงินผ่านธนาคาร (Pay-In-Slip)

สาขาที่รับฝาก/ Branch Name..... วันที่ / Date.....

เพื่อนำเข้าบัญชี / Credit To HSBC for ZUELLIG PHARMA LTD.

Service Code : ZPL

☐ แคช/เดบิต/เช็คเงินสด (เฉพาะเงินสด/Cash only)

☐ ธ.ไทยพาณิชย์ สำนักงานฉลอม เลขที่ 001-3-49659-1 Comp Cd.3199

☐ ที่ทำการไปรษณีย์ (เฉพาะเงินสด/Cash only)

☐ ธ.กรุงไทย สำนักงานนาเหนือ เลขที่ 000-6-11762-7 Comp Cd.7199

☐ ธ.กสิกรไทย สำนักงานฉลอม เลขที่ 001-1-22857-7 Comp Cd.33199

☐ ธ.กรุงเทพ สาขาอาคารพาณิชย์ เลขที่ 220-3-01400-2 Comp Cd.33199 (BR 0220) Service Cd : ZUELLIG

☐ ธนาคารอื่น โปรดระบุเพื่อนำเข้า ธ.ออมสินและเชียงใหม่ สาขากรุงเทพฯ เลขที่ 001-0-88293-001

โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร

Amount in Words

เลขที่บิล 1310656353 ลงวันที่
แผนก 102101 จำนวนเงิน 48,745.00

Cust. Code : 30127626

Cust. Name : รพ. แผลมฉบ่ง

B/C code : 2902001596

Cust. Ref. No.1 : 30127626

Cust. Ref. No.2 : 1310656353

ยอดชำระ

Amount in Cash บาท

สำหรับ SCB/KBANK/BBL/HSBC/ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

*** โปรดส่งสำเนาการชำระมาทางโทรสารหมายเลข 0-2656-9003 หรือ THZP-ARTeam@zuelligpharma.com

[Signature]



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด
ที่อยู่ ชั้นที่ ๘-๙ เลขที่ ๒ ถนนสุขุมวิท
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐
โทรศัพท์ ๐-๒๖๕๖-๔๘๐๐ ต่อ ๒๑๓๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๔๑๐๖๔๑๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๕/๖๖
วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕
ส่วนราชการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง
ที่อยู่ เลขที่ ๑๘๘/๓๖ หมู่ที่ ๖ ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอสัตหีบ
จังหวัดชลบุรี
โทรศัพท์ ๐-๓๘๓๕-๑๐๑๐-๑๒

ตามที่ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลแหลมฉบัง ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ชุดข้อเข้าเทียม	๑	ชุด	๔๘,๗๔๕.๐๐	๔๘,๗๔๕.๐๐
(สีหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบห้าบาทถ้วน)			รวมเป็นเงิน		๔๕,๕๕๖.๐๗
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๓,๑๘๘.๙๓
			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๔๘,๗๔๕.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ

๖. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้

ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๕๑๐๗๒๑๓๘๓๐ ชื่อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายพนม โพธิ์ประดิษฐ์)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

เลขที่โครงการ ๖๕๑๐๗๒๑๓๘๓๐

เลขคู่สัญญา ๖๕๑๐๑๔๑๖๙๓๘๑



ประกาศ จังหวัดชลบุรี

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะ
เจาะจง นั้น

ชุดข้อเข้าเทียม จำนวน ๑ ชุด ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด (ขายส่ง,ขาย
ปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบห้าบาทถ้วน) รวมภาษี
มูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕

/
(นายราเมศร์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร.๐๓๘-๓๕๒-๙๗๔-๙ ต่อ ๒๐๐๖-๒๐๐๗

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐๑/๕๔๔๙

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
ชุดข้อเข้าเทียม จำนวน ๑ ชุด	บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด	๔๘,๗๔๕.๐๐	๔๘,๗๔๕.๐๐
รวม			๔๘,๗๔๕.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลแหลมฉบังพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสุธา ภิญโญยิ่ง)

เจ้าหน้าที่

(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายรามณรงค์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี



คำสั่ง จังหวัดชลบุรี

ที่ ๕๔๔๔/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้ง ผู้ตรวจรับพัสดุ สำหรับการซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วย จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบกับคำสั่งจังหวัดชลบุรีที่ ๔๘๐๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕ จึงขอแต่งตั้งรายชื่อต่อไปนี้ เป็น ผู้ตรวจรับพัสดุ สำหรับการซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ผู้กำหนดคุณลักษณะเฉพาะ

นางกาญจนา สำเลิศรัมย์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นายปัญญาฤทธิ์ กิตติวรรณประสาร

ประธานกรรมการฯ

นายแพทย์ชำนาญการ

๒. นางสาวชนิดา วัฒนา

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางนิภาพร งงวย

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕

() , . . . -

(นายราเมศร์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ

ตามหนังสือรายงานขอซื้อ ขบ 0033.301/5435 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2565

ข้าพเจ้า..... (นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)..... (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า..... (นางสุธา ภิญโญยิ่ง)..... (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า..... (นายปัญญาฤทธิ์ กิตติวรรณประสาร)..... นายแพทย์ชำนาญการ
ข้าพเจ้า..... (นางสาวชนิดา วัฒนา)..... (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
ข้าพเจ้า..... (นางนิภาพร งงวย)..... (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆที่
ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามา
มีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส
สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.2560

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะ
ประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....
(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม.....
(นางสุธา ภิญโญยิ่ง)

เจ้าหน้าที่

ลงนาม.....
(นายปัญญาฤทธิ์ กิตติวรรณประสาร)

ลงนาม.....
(นางสาวชนิดา วัฒนา)

ลงนาม.....
(นางนิภาพร งงวย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร.๐๓๘-๓๕๒-๙๗๔-๙ ต่อ ๒๐๐๖-๒๐๐๗

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐๑/๕๔๓๕

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุทางการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

ด้วย จังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลแหลมฉบัง มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุทางการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะ
เจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดด้านศัลยกรรมกระดูกข้อนาง ทองหล่อ พุ่มเจริญ

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๑. ชุดข้อเข่าเทียม จำนวน ๑ ชุด

๓. ราคาากลางของพัสดุที่สืบราคาจากท้องตลาด จะซื้อจำนวน ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อย
สี่สิบห้าบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุง จำนวน ๔๘,๗๔๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยสี่สิบห้าบาท
ถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามใบสั่งซื้อ

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้
บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามคำสั่งจังหวัด
ชลบุรีที่ ๔๘๐๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

๘.๑ ผู้กำหนดคุณลักษณะ

๑.นางกาญจนา ลำเลิศรัมย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘.๒ การแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

๑.นายปัญญาฤทธิ์ กิตติวรรณประสาร ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ประธานกรรมการ

๒.นางสาวชนิดา วัฒนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ

๓.นางนิภาพร งงวย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ


(นางสุรา ปิญโญยิ่ง)
เจ้าหน้าที่


(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ


(นายรามเมศร์ อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี


นางเอี่ยมพร ประสิทธิ์บุญ
เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงาน/งานห้องผ่าตัด รหัสหน่วยงาน ๓๐๕๐๒ หมายเลขโทรศัพท์ ๗๒๐๕
ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐๕ / ๑๕๙๙ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง เสนอความต้องการด้านพัสดุ
เรียน หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ด้วย กลุ่มงาน การพยาบาล งานห้องผ่าตัด มีความประสงค์จะขออนุมัติ

(✓) จัดซื้อ/จ้างเหมาบริการ () จ้างก่อสร้าง () จ้างซ่อมแซม ดังมีรายการต่อไปนี้ และขอแนบรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง

๑. รายการพัสดุตามแผนที่อนุมัติแล้ว ๒. รายละเอียดของพัสดุ (Spec) ๓. ใบเสนอราคา (ถ้ามี)

โดยใช้งบ ☒ เงินบำรุง ☐ งบค่าเสื่อม ☐ งบลงทุน

ตามความต้องการพัสดุ ดังมีรายการต่อไปนี้

๑. วัสดุไปเทียม	จำนวน ๑ ชุด
๒. วัสดุ	จำนวน
๓. วัสดุ ๑๘๐.๑๕/๔๘๗๔๕/ซิลิโคน/เตยพรม	จำนวน

กรณีเสนอซ่อมหรือซื้อทดแทน ครุภัณฑ์หมายเลข

ขอเสนอรายชื่อคณะกรรมการตรวจรับประกอบด้วย (กรณีไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐)

๑. นายแพทย์ กิจธรประสิทธิ์ ๒. น.ส. ชลิตา รุ่งแสง

๓. นายแพทย์ มงคล

ขอเสนอรายชื่อคณะกรรมการตรวจรับประกอบด้วย (กรณีเกิน ๕๐๐,๐๐๐)

คณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะและราคากลาง

๑. ๒. ๓.

คณะกรรมการตรวจรับ ๑.

๒. ๓. เหตุผลจำเป็นในการขอซื้อ/ขอจ้าง เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และใช้ในการตรวจดูชิ้นเนื้อของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ๑๐๐๐๐๐๐ (๑) การแพทย์ (๒) การแพทย์ (๓) โดยเสนอเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้งานพัสดุดำเนินการตามระเบียบต่อไป

เห็นควรอนุมัติ

บัตรทองในเขต

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน
(นางกาญจนา สำเลิศรัมย์)

นางสุธา ภิญญิต

๓. งานพัสดุตรวจสอบแล้ว (✓) จัดซื้อ/จ้างเหมาบริการ () จ้างก่อสร้าง ()

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ลงชื่อ.....หัวหน้างานพัสดุ
(นางเอี่ยมพร ประสิทธิ์บุญ)

๔. เห็นควร ☒ ให้งานพัสดุดำเนินการตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

☐ คืบหน้างานเพื่อ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

๕๔๓๕

๕๔๔๔

๕๔๔๙

๑๕/๖๕

๑๘ ๐๖๕

๓.๐๐๐๐

๔๘,๗๔๕



แบบบันทึกประวัติการประเมินผู้ป่วยใน (ทั่วไป) โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ชื่อ-สกุล ทองอรอนต์ งามวงศ์ อายุ 75 ปี
HN: 651113265 AN: _____

วันที่รับรักษา 17/10/65 รับใหม่จาก OPD
มาโดย: () เติมนางเอง (x) รถมิ่ง () รถนอน () ญาติผู้ () อื่นๆ
ผู้ให้ข้อมูล: (x) ผู้ป่วย () ญาติ () อื่นๆ ระบุ: _____
ชื่อ - สกุล ผู้ดูแล: _____ เบอร์โทรศัพท์ต่อ: _____

อาการสำคัญ: ก่อนมารพ. 1 เดือน ปวดเข้าข้าง (ซ้าย/ขวา) ปวดมาก (วัน/เดือน/ปี) 1 (วัน/เดือน/ปี) 1 เดินได้/เดินไม่ได้
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: ก่อนมารพ. 1 เดือน ปวดเข้าข้าง (ซ้าย/ขวา) รักษาจาก _____ รักษาตาม
รักษาด้วยวิธี (กินยา/ฉีดยา/กายภาพ/นวดแผนไทย) ผลการรักษา ไม่
ประวัติคือ: การแพ้ (ยา/สารเคมี/อาหาร) (x) ไม่แพ้ () แพ้ ระบุชื่อ/อาการที่แพ้ _____
โรคประจำตัว () ไม่มี (x) มี ระบุ HT
ประวัติประจำเดือน (กรณีผู้หญิงอายุ 11 - 60 ปี) _____

กรณีเด็ก พัฒนาการ () ปกติ () ไม่ปกติ ระบุ _____
การรับวัคซีน () ครบ () ไม่ครบ ระบุ _____

ประวัติส่วนตัว: อาชีพ _____ การศึกษา () ไม่ได้เรียน () จบการศึกษา _____
ดื่มสุรา () ไม่ดื่ม () เคยดื่มแต่เลิกมา _____ ปี () ดื่ม (ระบุชนิด/สุรา) _____
สูบบุหรี่ () ไม่สูบ () เคยสูบแต่เลิกมา _____ ปี () สูบ (ระบุชนิด) _____
การใช้ยาในปัจจุบัน () ไม่มี () ใช้อยู่ _____
การเจ็บป่วยในครอบครัว () ปฏิเสธ () มี ระบุ (เกี่ยวข้องกับ) _____ โรค _____
การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล () ปฏิเสธ () มี ระบุ _____ เนื่องจาก _____
การเข้ารับการผ่าตัด () ปฏิเสธ () มี ระบุ _____ เนื่องจาก _____

การตรวจร่างกาย: Vital signs : BT = _____ °C PR = _____ /min RR = _____ /min BP = _____ /mmHg BW = _____ kgs HT = _____ cms

General Appearance

- HEENT () ปกติ () ผิดปกติ _____
- CHEST () ปกติ () ผิดปกติ _____
- HEART () ปกติ () ผิดปกติ _____
- EXTREMITIES () ปกติ () ผิดปกติ _____
- NEUROSIGNS () ปกติ () ผิดปกติ _____
- ABDOMEN () ปกติ () ผิดปกติ _____
- SKIN () ปกติ () ผิดปกติ _____

KUB system () ปกติ () ผิดปกติ _____

PV - MIUB () ปกติ () ผิดปกติ _____

- Uterus () ปกติ () ผิดปกติ _____

- Cervic () ปกติ () ผิดปกติ _____

See Varn k ④
swly an Tar at ④
limt ROM ④

- Vagina () ปกติ () ผิดปกติ _____

- Papsmear () ปกติ () ผิดปกติ _____

- Adnexa () ปกติ () ผิดปกติ _____

PR:

การติดต่อสื่อสาร การพูด (x) ปกติ () ผิดปกติ _____

การได้ยิน (x) ปกติ () ผิดปกติ _____

การมองเห็น (x) ปกติ () ผิดปกติ _____

การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ _____

สภาพจิตใจ / ความกังวลเมื่อแรกพบ _____

ปัญหาในการปัสสาวะ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ _____

ปัญหาในการอุจจาระ () ปกติ () ผิดปกติ _____

ปัญหาในการนอน () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ _____

รับประทานอาหาร วันละ _____ มื้อ () รสไม่จัด () รสจัด ระบุ _____

การรับประทานอาหาร () รับประทานเอง () อาศัยคนอื่นป้อน () อื่นๆ ระบุ _____

การวินิจฉัยเมื่อแรกพบ: Gonarth ④, ④ (คำอธิบาย)

แผนการรักษา: _____

ลงชื่อ _____

แพทย์ผู้บันทึก

(นพ.ปัญญานุกูล กิตติวราณ)

22/10/70

นางสาวอุทัยวรรณ โกสินทรจิตร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เอกสกร SCAN

โรงพยาบาลแหลมฉบัง อำเภอสัตหิรา
บันทึกคำสั่งแพทย์

Progress note	Order for one day	Order for continuation
S	วันที่ 23/11/65 เวลา 17:00 น. ฝากนอน ห้อง 75 65113265	
O	Pre. Op Order Dx. Banarth M Set OR For TKA R Under Time 9.00 Date 18/11/65 NPO. admit วันที่ 17/11/65 ☐ Film Both Knee (AP, LAT: Standing Position) ☐ Prep skin ☐ อายุ < 45 ปี - CXR, CBC, Anti HIV, Swab ATK ☒ อายุ ≥ 45 ปี, DM, HT, Heart Disease : X-RAY CXR, CBC, Anti HIV, Swab covid LAB EKG, Electrolyte, BUN/Cr, FBS ☐ โรคตับ, sepsis, coagulopathy defect : LFT, PT, PTT, INR. ☐ Thyroid : FT ₃ , FT ₄ , TSH ☐ โรคหัวใจ (เสี่ยงสูง) : Ca, Mg, PO ₄ , Alb ☐ Cholesterol, TG, HDL, LDL	ติด Sticker กระจก - low salt diet - record v/s Medication - none -
A		
P		
☐ ปฏิเสธแพทย์.....		
☐ แพทย์.....		

พญ.สวริตรา วุฒิจริณกิจ
249548

เอกสาร SCAN

Progress note	Order for one day	Order for continuation
S	วันที่ เวลา	
O	☒ G/M PRC.....U, blood group..... ☐ 0.9% NSS 1,000 cc. IV.....cc/hr. ☐ 5% D/NSS/2 1,000 cc. IV.....cc/hr. ☐ IV.....cc/hr. ☐ Ativan 1 tab @ hs. ☐ MOM 30 cc @ hs ☐ Cloxacillin 1 gm to OR ☐ Gentamycin mg to OR ☐ Cef-3 1, 2 gm. to OR ☒ Cefazolin 2 gm. to OR - keep BP	ติด Sticker
A		
P		
☐ ปฏิเสธแพทย์.....		
☐ แพทย์.....		

นพ.ปัญญาฤทธิ์ กิตติารณประสาร
221970

พญ.สวริตรา วุฒิจริณกิจ โกสินทรจิตร

แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

เอกสาร Department of Service

Attending Physician

ข้อมูลรายละเอียดบุคคล สปสช.

เลขประจำตัวประชาชน : 3110100303246

เดือนปีเกิด : มกราคม 2490

ชื่อ-สกุล : ทองหล่อ พุ่มเจริญ

เพศ : หญิง

สถานภาพบุคคล : มีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านนี้

ข้อมูล ณ วันที่ : 27 กันยายน 2565 เวลา 15:34 น.

สิทธิที่ใช้เบิก

สิทธิที่ใช้เบิก : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเว้นการร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท)

ประเภทสิทธิย่อย : ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์

รหัสบัตรประกันสุขภาพ : N772024122435

วันที่เริ่มใช้หน่วยบริการ : วันที่ 31 เดือน สิงหาคม 2565 เวลา 11:18 น.

วันหมดสิทธิย่อย :

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา : ชลบุรี

หน่วยบริการปฐมภูมิ : รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (01893)

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : รพ.แหลมฉบัง (10823)

Model : 1

จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ : 1

หน่วยบริการประจำ : รพ.แหลมฉบัง (10823)

ผู้พิมพ์เอกสาร : ปวิศสร กิตติพิรัช

หน่วยงาน : รพ.แหลมฉบัง (จ.ชลบุรี)

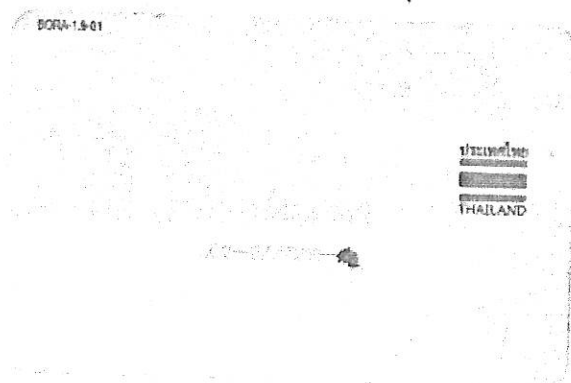
วันที่ตรวจสอบสิทธิ : 27 กันยายน 2565 เวลา 15:34 น.

นางสาวอุทัยวรรณ โกสินทวีวงศ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางทองหล่อ พุ่มเจริญ
 ภาณุทอง



คุณลักษณะเฉพาะ
ข้อเข้าเทียมชนิดใช้สารยึดกระดูก (รุ่น LPS)

1. คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1 เป็นชุดข้อเข้าเทียมแบบส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้และใช้สารยึดกระดูก
- 1.2 เป็นข้อเข้าแบบตัด PCL หรือ Posterior Stabilized
- 1.3 บรรจุภัณฑ์ตามมาตรฐานซึ่งผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ มีระบุวันผลิตหรือวันหมดอายุ

2. คุณสมบัติเฉพาะ

ข้อเข้าเทียมต้องประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

2.1 ชุดข้อเข้าเทียมส่วนกระดูกต้นขาส่วนปลาย (Femoral Component)

- 2.1.1 ทำจากวัสดุ COBALT-CHROMIUM MOLYBDENUM ALLOY
- 2.1.2 มีการแยกข้างซ้ายและข้างขวาออกจากกัน
- 2.1.3 มีขนาดให้เลือกไม่น้อยกว่า 4 ขนาด
- 2.1.4 ความหนาของ Distal Condyle มีขนาด 9 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งด้าน Medial และ Lateral

2.2 ชุดข้อเข้าเทียมส่วนกระดูกหน้าแข้งส่วนบน (Tibial Tray Component)

- 2.2.1 วัสดุทำจาก Titanium Alloy มีให้เลือกไม่น้อยกว่า 6 ขนาด ซึ่งมีรูปทรงเท่ากัน (Symmetry) ทั้งด้าน Medial และ Lateral
- 2.2.2 มีระบบการล็อกกับ Articular Surface แบบ Double Dovetails เพื่อความมั่นคงปลอดภัยในการล็อก
- 2.2.3 สามารถต่อเสริม Augment ได้ 4 แบบ คือ Half Wedge และ Block Wedge ขนาดความหนา 5 มิลลิเมตร และ 10 มิลลิเมตร
- 2.2.4 สามารถต่อกัน (Rod) ที่มีความยาว 145 มิลลิเมตร และ 200 มิลลิเมตร โดยที่ก้านต่อมีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดตั้งแต่ 10 -15 มิลลิเมตร

2.3 ชุดข้อเข้าเทียมส่วนรับน้ำหนักหรือ Articular Insert (Articular Insert Component)

- 2.3.1 ทำจาก UHMWPE (Ultra High-Molecular Weight Polyethylene)

- 2.3.2 มีความหนาให้เลือกไม่น้อยกว่า 5 ขนาด คือ 10, 12, 14, 17 และ 20 มิลลิเมตร ที่มีความแข็งแรง และทนทานต่อการใช้งาน
- 2.3.3 ที่ความหนาขนาด 17 และ 20 มิลลิเมตร จะต้องใช้สกรูเพื่อขันยึดระหว่าง Articular Surface และวัสดุอุดฐานของ Tibial เพื่อให้ Articular Surface และ Tibial Component มีความมั่นคงแข็งแรงมากขึ้นรวมทั้งมีแผ่นโลหะ Insert ใช้ยึดกับด้านหน้าของ Articular Surface เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของระบบข้อ
- 2.3.4 ออกแบบให้รองรับการงอเข้าในองศาสูงได้อย่างปลอดภัยโดยการตัดส่วนด้านหน้าเพื่อลดการเสียดสีระหว่าง Articular Surface และ Patella
- 2.4 ใบเลื่อยที่ใช้กับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลิตจาก Stainless Steel จำนวน 1 ชิ้น

3. เงื่อนไขเพิ่มเติม

- 3.1 มีเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดวางไว้ประจำในโรงพยาบาลเพื่อให้ยืมใช้โดยไม่คิดมูลค่า
- 3.2 ผู้เสนอราคามีชุดเครื่องมือเลื่อยและสว่านที่สามารถใช้แบตเตอรี่ไร้สายหรือใช้ไฟฟ้าสำหรับบริการ
- 3.3 ผู้เสนอราคามีเครื่องมือและวัสดุสำหรับทำผ่าตัด Revision Surgery หรือ Special Type for Bone Defect ให้เลือกใช้
- 3.4 ผู้เสนอราคามีผู้ชำนาญงานให้บริการขณะทำการผ่าตัดโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
- 3.5 มีใบรับรองการเป็นตัวแทนจำหน่าย

✕ 
(๗๖๓๗๓๓๓ อ้าจิลล์)

กลุ่มงานการพยาบาล

แผนความต้องการใช้วัสดุทางการแพทย์
โรงพยาบาลแหลมฉบัง ปีงบประมาณ 2566
รหัสกลุ่มงาน/หน่วยงาน/คณะกรรมการ 30500

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	จำนวนที่คาดว่าจะใช้ในแต่ละเดือน												รวม (จำนวน)	รวมเงิน
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
39	Stylet	อัน	500.00													12.00	6,000.00
40	connector	อัน	300.00													20.00	6,000.00
41	A-line	ชุด	700.00													24.00	16,800.00
42	C-line	ชุด	700.00													24.00	16,800.00
43	Double lumen tube	ชุด	3,000.00													4.00	12,000.00
44	Intravenous catheter เบอร์ 16	อัน	60.00													10.00	600.00
45	Cricothyroidotomy set	ชุด	3,000.00													4.00	12,000.00
46	ชุดข้อเข้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Revision TKA)	ชุด	107,490.00													1.00	107,490.00
47	ชุดข้อเข้าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ชุด	54,000.00													15.00	810,000.00
48	ชุดข้อเข้าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่มีการเคลื่อนไหวได้	ชุด	48,745.00													15.00	731,175.00
49	ชุดข้อสะโพกมีเท้า	ชุด	60,000.00													10.00	600,000.00
50	ชุดข้อสะโพกไม่มีเท้าชนิด 2 ชั้น	ชุด	35,000.00													15.00	525,000.00
51	ชุดโลหะตามกระดูกสันหลังส่วนคอ	ชุด	30,000.00													1.00	30,000.00
52	ชุดโลหะตามกระดูกสันหลังส่วนอก , เอว	ชุด	35,000.00													5.00	175,000.00
53	ชุดโลหะตามกระดูก Locking Plate & Screw	ชุด	30,000.00													80.00	2,400,000.00
54	ชุดโลหะตามกระดูก Interlocking Nail	ชุด	11,000.00													15.00	165,000.00
55	ชุดโลหะตามกระดูก PNA	ชุด	21,500.00													30.00	645,000.00
56	ชุดโลหะตามกระดูก DHS	ชุด	4,800.00													1.00	4,800.00
57	สกรูยึดกระดูกชนิดมียาวกึ่งขั้วผสม	ชุด	3,745.00													2.00	7,490.00
58	ชุดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า / ไขว้หลัง	ชุด	25,000.00													1.00	25,000.00
59	ชุดซ่อมแซมเอ็น / ข้อต่อ ฟันหัก	ชุด	30,000.00													1.00	30,000.00
60	ชุดสมัยเตาเอ็นกระดูก	ชุด	6,000.00													1.00	6,000.00
61	Broad DCP (Broad Plate) 10 Holes	ชิ้น	820.00													10.00	8,200.00
62	Broad DCP (Broad Plate) 11 Holes	ชิ้น	900.00													10.00	9,000.00
63	Broad DCP (Broad Plate) 12 Holes	ชิ้น	980.00													3.00	2,940.00