

ชื่อเครื่องมือ (Equipment).....	โรงพยาบาล (Hospital).....	แผนก (Dept./ Ward)
ผู้ผลิต (Manufacturer).....	วันที่ซื้อ (Date of Purchase).....	หมายเลขทรัพย์สิน (Hospital Asset Code).....
ยี่ห้อ / รุ่น (Brand / Model).....	เลขเครื่อง (Serial No).....	หมายเลขเครื่อง (ME code).....
ตัวแทนจำหน่าย (Distributor).....	ราคาซื้อ (Purchase Price).....	ราคาค่าเสื่อมปัจจุบัน (Current Depreciation)...
สถานที่จัดเก็บเครื่องมือที่ขอยกเลิกการใช้งาน (Decommission Equipment Location).....		ผู้ยกเลิก (Decommission by).....

ข้อควรพิจารณาสำหรับการยกเลิกการใช้งานเครื่องมือแพทย์ / Decommissioning Determination

ใช่/Yes ไม่ใช่/No

1. ราคาค่าซ่อมสะสมรวมสูงกว่า 65% ของราคาซื้อ (The estimated cumulative repair cost exceed 65% of acquisition cost)
2. ราคาค่าเสื่อมสูงกว่า 65% ของราคาซื้อ (Current depreciated value exceed 65 % of acquisition cost)
3. มีการแจ้งเตือนอันตราย การแจ้งห้ามใช้เครื่องมือ / ยกเลิกใช้งานที่เกิดจาก Status Decom (Any uncorrectable hazard warning preclude equipment use / Disable operations caused by Status Decom)
4. ขาดแคลนอะไหล่ที่ใช้ในการซ่อมเครื่องมือ ทำให้เครื่องมือไม่สามารถซ่อมแซมได้ (The lack of repair parts render equipment irreparable)
5. ผลการสอบเทียบไม่ผ่าน และไม่สามารถปรับแต่งได้ (Calibration measurement range inaccurate and cannot adjusted)
6. อายุการใช้งานเครื่องมือตามมาตรฐาน ECRI เอกสารสนับสนุน Expected Life Healthcare Device (SD-BME-BMC-00-MN-001) / อายุของอะไหล่และการหยุดการผลิตแล้วของอะไหล่ตามที่บริษัทผู้แทนกำหนด (Expected Life Healthcare Device ECRI /Age of spare parts and discontinuation of parts as specified by the representative company)
7. สรุปผลการประเมินสภาพเครื่องมือทางการแพทย์ มีลำดับความสำคัญสูง (Summary of the evaluation of the medical device condition High Priority Replacement)
8. การประเมินเทคโนโลยีที่ล้าสมัยของเครื่องมือ (Outdated technology assessment)
9. กฎหมาย กฎระเบียบบังคับให้ยกเลิก (Regulations require the termination of use.)
10. เครื่องมือแพทย์ที่ยกเลิกให้ทำการลบข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยความจำเครื่อง
11. อื่นๆ.....

ส่งทรัพย์สินคืนแล้ว

ชื่อ

วันที่

เหตุผลเพิ่มเติม (Detail)

บริษัทฯ เห็นสมควรตัดรายการเครื่องมือแพทย์ดังกล่าวออกจากรายการเครื่องมือแพทย์ที่บริษัทฯ ดูแล
ตามเหตุผลดังนี้

ลงชื่อ _____ ผู้จัดการ _____ วันที่ _____

ช่องติด Code Sticker

เครื่องมือยกเลิก

Hospital <input type="checkbox"/> อนุมัติให้ตัดรายการออก Agreed to decommissioning <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติให้ตัดรายการออก เนื่องจาก Do Not Agreed , Reason..... Name _____ HOD/Manager/Authorized Person	<input type="checkbox"/> อนุมัติให้ตัดรายการออก Agreed to decommissioning <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติให้ตัดรายการออก เนื่องจาก Do Not Agreed , Reason..... Name _____ Manager of Ancillary Division
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

