

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 07	PAGE 1 OF 3
	ชื่อเอกสาร : แบบบันทึกพบทวนการขอรับบริการ				

1. ผู้ติดต่อ / Contact person

ชื่อ-สกุล / Name

ชื่อบริษัท-หน่วยงาน / Company name

โทรศัพท์ / Telมือถือ / Mobile.....

อีเมล / E-mailไลน์ / Line ID.....

วันที่รับใบพบทวนคำขอ.....

เวลา(สำหรับเจ้าหน้าที่)

2. ประเภทการทดสอบ

- ☐ Cytotoxicity testing (ISO 10993-5) ☐ Bioburden testing (ISO 11737-1)
- ☐ Hemolysis testing (ASTM F756-17) ☐ Sterility testing (ISO 11737-2)
- ☐ Composition analysis (ASTM F D3516) ☐ Agar diffusion (CLSI M02)
- ☐ อื่นๆ..... ☐ Broth dilution (CLSI M07)

3. รูปแบบการให้บริการทดสอบ

☐ การให้บริการแบบปกติ ☐ การให้บริการแบบ Fast track

* ปกติ หมายถึง ลูกค้าจะได้รับบริการตามลำดับการส่งตัวอย่าง

** Fast Track หมายถึง ลูกค้าจะได้รับผลการทดสอบภายใน 15 วันทำการ นับจากชำระเงิน

4. รายละเอียดตัวอย่าง

- 4.1 ชื่อตัวอย่าง:
ชื่อตัวอย่าง ภาษาอังกฤษ (Product name)
- 4.2 คุณลักษณะของตัวอย่าง :
คุณลักษณะของตัวอย่าง ภาษาอังกฤษ (Product description) :
- 4.3 ชนิดวัสดุ เช่น (พลาสติก เหล็ก ไย):
ชนิดวัสดุ ภาษาอังกฤษ (Type of materials) เช่น (Plastic Steel Textile):
- 4.4 ประเภทตัวอย่าง: ☐ เครื่องมือแพทย์ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
- 4.5 มาตรฐานอื่นที่ต้องการทดสอบนอกจากที่ห้องปฏิบัติการกำหนด (ถ้ามี)
☐ ไม่มี ☐ ต้องการทดสอบมาตรฐานอื่น โปรดระบุ
- 4.6 สภาพของตัวอย่าง: ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
ตัวอย่างถูกเก็บอยู่ในบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม โปรดระบุ.....
- 4.7 รายละเอียด: Model.....เกรด.....สี.....ขนาด/ปริมาตร.....ซม./มล.
ค่าการดูดน้ำ.(มล./ตัวอย่าง).....ลักษณะ.....
Lot Number.....จำนวน.....กรัม/ แผ่น/ ม้วน/ ใบ/ ชุด
ผู้ผลิต.....ประเทศ.....ผู้แทนจำหน่าย.....
หมายเหตุ.....
- 4.8 สภาพแวดล้อมการเก็บรักษาตัวอย่าง (Storage condition)
- 4.9 การผ่านฆ่าเชื้อของตัวอย่าง ☐ ผ่านการฆ่าเชื้อ
☐ ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ ต้องการฆ่าเชื้อด้วยวิธี (โปรดระบุ)
☐ หม้อนึ่งความดัน (เหมาะสำหรับตัวอย่างที่สามารถทนอุณหภูมิสูงถึง 121°C)
☐ แสงยูวี (เหมาะสำหรับการฆ่าเชื้อพื้นผิวภายนอกของตัวอย่างเท่านั้น)
☐ กรองตัวอย่างด้วยตัวกรองที่มีขนาดรูพรุน ☐ 0.22 um ☐ 0.45 um

หมายเหตุ สำหรับการทดสอบ Bioburden testing และการทดสอบ Bioburden validation ตัวอย่างไม่ต้องผ่านการฆ่าเชื้อ

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 07	PAGE 2 OF 3
	ชื่อเอกสาร : แบบบันทึกพบทวนการขอรับบริการ				

4.10 ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ

การทดสอบ	พื้นที่ ที่ต้องใช้ทดสอบ	น้ำหนัก	จำนวน
1. Cytotoxicity testing	$\geq 200 \text{ cm}^2$	$\geq 10 \text{ g}$	
2. Hemolysis testing	$\geq 500 \text{ cm}^2$	$\geq 30 \text{ g}$	
3. Composition analysis	$\geq 200 \text{ cm}^2$	$\geq 10 \text{ g}$	
4. Microbiology testing			
4.1 Bioburden testing			$\geq 3 \text{ EA}$
4.2 Bioburden validation			$\geq 10 \text{ EA}$
4.3 Sterility Testing			$\geq 3 \text{ EA}$
4.4 Antibacterial susceptibility testing			
4.4.1 Agar diffusion method		$\geq 10 \text{ EA}$	
4.4.1 Broth dilution method		$\geq 10 \text{ ml}$	

5. วัตถุประสงค์ / Objective

☐ เพื่อทราบผล / General information
 ☐ งานวิจัย / Research
 ☐ อื่นๆ / Other

ลำดับ	ชื่อตัวอย่าง / รหัสตัวอย่างลูกค้า	ปริมาณต่อหน่วยบรรจุ	จำนวนหน่วยบรรจุทั้งหมด	รายการทดสอบ (ไปรละระบุวิธี)

6. ท่านรู้จักห้องปฏิบัติการฯ จากช่องทางใด

☐ บุคลากรของห้องปฏิบัติการฯ/มหาวิทยาลัย
 ☐ การบอกต่อ
 ☐ Facebook
 ☐ Website
 ☐ LinkedIn
☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่ง ลงชื่อ.....ผู้รับ
 (.....)
 วันที่..... วันที่.....

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 07	PAGE 3 OF 3
	ชื่อเอกสาร : แบบบันทึกพบทวนการขอรับบริการ				

สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการ

1. เครื่องมือทดสอบ

- ☐ มีความพร้อม เพราะ
- ☐ สภาพดี
- ☐ สอบเทียบแล้ว

- ☐ ไม่มีความพร้อม เพราะ
- ☐ ยังไม่ได้รับการสอบเทียบ
- ☐ เครื่องมือมีปัญหา / ชำรุด / เสีย
- ☐ ปริมาณงานมาก

2. ความชัดเจนของคำขอรับบริการ

- ☐ คำขอชัดเจน
- ☐ คำขอไม่ชัดเจน

3. บุคลากร

- ☐ สามารถทำได้ เพราะ
- ☐ ฝึกอบรมแล้ว
- ☐ ได้รับมอบหมายแล้ว

- ☐ ไม่สามารถทำได้ เพราะ
- ☐ ยังไม่เคยทำการทดสอบนี้
- ☐ ยังไม่ได้รับการฝึกอบรม
- ☐ ยังไม่ได้รับมอบหมายได้ทำงานทดสอบ

4. ปริมาณ

- ☐ ยังมีความสามารถรับงานได้
- ☐ สามารถรับงานได้ แต่อาจช้ากว่าปกติ
- ☐ ไม่สามารถรับงานได้ เพราะมีงานสะสมมาก

หมายเหตุ

.....

.....

สรุป

- ☐ พร้อมรับงาน
- ☐ ไม่พร้อมรับงาน

ลงชื่อผู้ทบทวน

(.....)

หัวหน้าห้องปฏิบัติการด้านเซลล์.

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ทบทวน

(.....)

หัวหน้าห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา

วันที่.....

ลงชื่อ.....รับทราบ

(.....)

ผู้จัดการห้องปฏิบัติการ

วันที่.....