



วันที่รับใบทบทวนคำขอ.....
เวลา(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ผู้ติดต่อ / Contact person

ชื่อ-สกุล / Name
 ชื่อบริษัท-หน่วยงาน / Company name
 โทรศัพท์ / Telมือถือ / Mobile.....
 อีเมล / E-mailไลน์ / Line ID.....

2. ประเภทการทดสอบ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cytotoxicity testing (ISO 10993-5) | <input type="checkbox"/> Bioburden testing (ISO 11737-1) |
| <input type="checkbox"/> Hemolysis testing (ASTM F756-17) | <input type="checkbox"/> Bioburden Validation (ISO 11737-1:2018/AMD 1:2021) |
| <input type="checkbox"/> Composition analysis (ASTM F D3516) | <input type="checkbox"/> Sterility testing (ISO 11737-2) |
| <input type="checkbox"/> Agar diffusion (CLSI M02) | <input type="checkbox"/> Broth dilution (CLSI M07) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

ลำดับ	ชื่อตัวอย่าง / รหัสตัวอย่างลูกค้า	ปริมาณ ต่อหน่วย บรรจุ	จำนวน	ประเภทการทดสอบ (โปรดระบุวิธี)

3. รูปแบบการให้บริการทดสอบ

- การให้บริการแบบปกติ การให้บริการแบบ Fast track

* ปกติ หมายถึง ลูกค้านี้จะได้รับบริการตามลำดับการส่งตัวอย่าง
 ** Fast Track หมายถึง ลูกค้านี้จะได้รับผลการทดสอบภายใน 15 วันทำการ นับจากชำระเงิน

4. รายละเอียดตัวอย่าง

- 4.1 ชื่อตัวอย่าง:
- 4.2 คุณลักษณะของตัวอย่าง :
- 4.3 ชนิดวัสดุ เช่น (พลาสติก เหล็ก ไย):
- 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)

ประกาศ เรื่อง ปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละการทดสอบ

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		$\geq 10 \text{ ml}$	

สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการ

1. เครื่องมือทดสอบ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> มีความพร้อม เพราะ | <input type="checkbox"/> ไม่มีความพร้อม เพราะ |
| <input type="checkbox"/> สภาพดี | <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับการสอบเทียบ |
| <input type="checkbox"/> สอบเทียบแล้ว | <input type="checkbox"/> เครื่องมือมีปัญหา / ชำรุด / เสีย |
| | <input type="checkbox"/> ปริมาณงานมาก |

2. ความชัดเจนของคำขอรับบริการ

- คำขอชัดเจน
- คำขอไม่ชัดเจน

3. บุคลากร

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สามารถทำได้ เพราะ | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ เพราะ |
| <input type="checkbox"/> ฝึกอบรมแล้ว | <input type="checkbox"/> ยังไม่เคยทำการทดสอบนี้ |
| <input type="checkbox"/> ได้รับมอบหมายแล้ว | <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับการฝึกอบรม |
| | <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับมอบหมายได้ทำงานทดสอบ |

4. ปริมาณ

- ยังมีความสามารถรับงานได้
- สามารถรับงานได้ แต่อาจช้ากว่าปกติ
- ไม่สามารถรับงานได้ เพราะมีงานสะสมมาก

หมายเหตุ

.....

.....

- สรุป
- พร้อมรับงาน
- ไม่พร้อมรับงาน

ลงชื่อ ผู้ทบทวน
 (.....)
 หัวหน้าห้องปฏิบัติการด้านเซลล์.
 วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ทบทวน
 (.....)
 หัวหน้าห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา
 วันที่.....

ลงชื่อ..... รับทราบ
 (.....)
 ผู้จัดการห้องปฏิบัติการ
 วันที่.....