

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 14	PAGE 1 OF 3
	ข้อเอกสาร : แบบบันทึกบททดสอบการขอรับบริการ				

1. ผู้ติดต่อ / Contact person

ชื่อ-สกุล / Name

ชื่อบริษัท-หน่วยงาน / Company name

โทรศัพท์ / Telมือถือ / Mobile.....

อีเมล / E-mailไลน์ / Line ID.....

2. ประเภทการทดสอบ

- ☐ Cytotoxicity testing (ISO 10993-5)
 ☐ Bioburden testing (ISO 11737-1:2018/AMD 1:2021)
- ☐ Hemolysis testing (ASTM F756-17)
 ☐ Bioburden Validation (เฉพาะเจ้าหน้าที่) ☐ ทดสอบ ☐ ไม่ทดสอบ
- ☐ Skin Irritation testing (ISO 10993-23:2021)
 ☐ Sterility testing (ISO 11737-2)
- ☐ Composition analysis (ASTM F D3516)
- ☐ Agar diffusion (CLSI M02)
 ☐ Broth dilution (CLSI M07)
- ☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ* : การทดสอบ Bioburden Validation จะเป็นไปตามการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ทดสอบด้านจุลชีววิทยา

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

3. รูปแบบการให้บริการทดสอบ

- ☐ การให้บริการแบบปกติ
 ☐ การให้บริการแบบ Fast track

* ปกติ หมายถึง ลูกค้าจะได้รับบริการทดสอบภายในระยะเวลา 60 วัน นับจากทางเราได้รับหลักฐานการชำระเงินและตัวอย่าง

** Fast Track หมายถึง ลูกค้าจะได้รับบริการทดสอบภายในระยะเวลา 14 วัน นับจากทางเราได้รับหลักฐานการชำระเงินและตัวอย่าง

4. รายละเอียดตัวอย่าง

- 4.1 ชื่อตัวอย่าง:
- 4.2 ลักษณะของตัวอย่าง :
 ☐ สารละลาย
 ☐ ผง/เม็ด/ชา
 ☐ แผ่น/ฟิล์ม/หลอด (Film/Sheet/Tube)
 ☐ เส้นใย/สิ่งทอ/รูพรุน
- ☐ ของแข็ง (โปรดเลือก ขาง / พอลิเมอร์ / โฟม)
 ☐ อื่นๆ (Others)โปรดระบุ
- 4.3 คุณสมบัติของตัวอย่าง ☐ ดูดซับน้ำได้ มีการดูดน้ำ.....(มล./ตัวอย่าง)
- ☐ ละลายน้ำได้ (โปรดเลือก กรองได้ / กรองไม่ได้)
 ☐ ละลายน้ำไม่ได้
- 4.4 ประเภทตัวอย่าง : ☐ เครื่องมือแพทย์ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
- 4.5 มาตรฐานอื่นที่ต้องการทดสอบนอกจากที่ห้องปฏิบัติการกำหนด (ถ้ามี)
- ☐ ไม่มี
 ☐ ต้องการทดสอบมาตรฐานอื่น โปรดระบุ
- 4.8 สภาพของตัวอย่าง: ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
- ตัวอย่างถูกเก็บอยู่ในบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม โปรดระบุ.....
- 4.9 สภาพแวดล้อมการเก็บรักษาตัวอย่าง (Storage condition)

หมายเหตุ สำหรับการทดสอบ Bioburden testing และ การทดสอบ Bioburden validation ตัวอย่างต้องไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 14	PAGE 2 OF 3
	ชื่อเอกสาร : แบบบันทึกพบทวนการขอรับบริการ				

หมายเหตุ.....

5. วัตถุประสงค์ / Objective

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

6. ทำนรู้จักห้องปฏิบัติการฯ จากช่องทางใด

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

☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ : ทางห้องปฏิบัติการฯ จะจัดส่งเอกสารใบรายงานผลทางไปรษณีย์ภายใน 3 วันทำการ นับจากวันที่ที่ประทับตราในเอกสารใบรายงานผล

ลงชื่อ.....ผู้ส่ง
 (.....)
 วันที่ส่งเอกสาร.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ
 (.....)
 วันที่รับเอกสาร.....

	Laboratory Section	Form	BMU-FM-106	Rev. 14	PAGE 3 OF 3
	ชื่อเอกสาร : แบบบันทึกบททดสอบการขอรับบริการ				

ประกาศ เรื่องปริมาณตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละการทดสอบ

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. Irritation Testing	$\geq 200 \text{ cm}^2$	$\geq 10 \text{ g}$	
5. Microbiology testing			
5.1 Bioburden testing			$\geq 6 \text{ EA}$
5.2 Bioburden validation			$\geq 10 \text{ EA}$
5.3 Sterility Testing			$\geq 6 \text{ EA}$
5.4 Antibacterial susceptibility testing			
5.4.1 Agar diffusion method		$\geq 10 \text{ EA}$	
5.4.2 Broth dilution method		$\geq 10 \text{ ml}$	

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

ลงชื่อ.....ผู้ทบทวน

(.....)

หัวหน้าห้องปฏิบัติการทดสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....รับทราบ

(.....)

ผู้จัดการห้องปฏิบัติการ

วันที่.....