** บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาล.................................................

**ที่** อย.๐๐๒๗.๑๐๓/.................. วันที่............ เดือน.............................. พ.ศ.................

**เรื่อง** ขอยืมอุปกรณ์ช่วยหายใจ

**เรียน**  ผู้อำนวยการโรงพยาบาล............................................................

 เนื่องด้วย ผู้ป่วย ชื่อ................................................ นามสกุล...................................... HN ………..

เลขบัตรประชาชน.................................................. ที่อยู่ปัจจุบัน....................................................................

มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ เพื่อไปใช้กับผู้ป่วยที่ โรงพยาบาล , สถานบริการ, ที่พักอาศัย

ระบุ ที่อยู่และเบอร์โทรติดต่อ ..................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และเมื่อเสร็จสิ้นการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวแล้ว จะนำมาคืนหน่วยเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

* เครื่องช่วยหายใจ เลขครุภัณฑ์ .................................. จำนวน .................... เครื่อง
* AMBU Bag , Reservoir Bag จำนวน .................... ชุด
* Set สาย เครื่องช่วยหายใจ จำนวน ..................... ชุด
* ตัวที่พ้นยา , สายออกซิเจน จำนวน ..................... ชุด
* สาย T-Picec จำนวน ..................... ชุด
* กระป๋องพ้นยาละอองฝอย จำนวน ..................... กระป๋อง
* อื่นๆ ระบุ ....................................................

 ลงชื่อผู้รับทราบข้อมูล....................................ผู้ป่วย/ผู้แทน

 (......................................................)

 กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น....................กับผู้ป่วย

 เบอร์โทร.......................................

 ลงชื่อ..............................................................เจ้าหน้าที่ รพ.ที่ยืม

 (..........................................................) ตัวบรรจง

 ตำแหน่ง.........................................................

 หน่วยงาน......................................................

ศูนย์เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร ๐๓๕ – ๓๑๑๘๘๘ ต่อ ๗๔๑๔

มือถือ ๐๘๙ – ๙๐๑๒๘๒๕

 เบอร์โทร........................................................

 วันที่..........เดือน...................พ.ศ............เวลา.............