

หมายเลขวิเคราะห์

แบบ รับ-ส่ง เครื่องวัดรังสีวินิจฉัย

(Information for Diagnostic Dosimeter Calibration)

1. เครื่องวัดรังสี (Reader)

ผู้ผลิต/ยี่ห้อ (Manufacturer) _____
รุ่นเครื่องวัดรังสี (Model) _____ Serial No. _____

2. หัววัดรังสี (Detector)

<input type="checkbox"/> หัววัดรังสีทั่วไป ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ รุ่นหัววัดรังสี _____ Serial No. _____
<input type="checkbox"/> หัววัดรังสี CT ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ รุ่นหัววัดรังสี _____ Serial No. _____
<input type="checkbox"/> หัววัดรังสี Mammo ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ รุ่นหัววัดรังสี _____ Serial No. _____
<input type="checkbox"/> หัววัด DAP/KAP ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ รุ่นหัววัดรังสี _____ Serial No. _____

กรณีใช้โปรแกรมในการเชื่อมต่ออุปกรณ์วัดรังสี (โปรดระบุชื่อ พร้อมดำเนินการส่งเครื่องมือสำหรับอ่านค่าปริมาณรังสี)

3. อุปกรณ์เสริม (ถ้ามี)

<input type="checkbox"/> แบตเตอรี่ (Battery) จำนวน _____ ก้อน	<input type="checkbox"/> สายเคเบิล (Cable) จำนวน _____ เส้น
<input type="checkbox"/> สายชาร์จ จำนวน _____ อัน	<input type="checkbox"/> โน้ตบุ๊ก (Notebook) จำนวน _____ เครื่อง
<input type="checkbox"/> อื่น (ถ้ามี) _____	

4. ชื่อหน่วยงานเจ้าของเครื่อง (กรอกข้อมูลภาษาอังกฤษ ใช้สำหรับการออกใบ Certificate)

Employee Name _____
Address _____
Street Address _____ City _____
State/Province _____ Postal code _____

5. ชื่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบอัตราค่าตรวจวิเคราะห์ (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน)

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน _____
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____
ที่อยู่ _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

รายละเอียดการติดต่อประสานงาน (กรณีมีปัญหา)

ชื่อเจ้าหน้าที่ติดต่อ/ประสานงาน _____	หมายเลขโทรศัพท์ _____
อีเมลหน่วยงาน/ผู้ติดต่อประสานงาน _____	

หมายเลขวิเคราะห์

6. รายการสอบเทียบ

รายการสอบเทียบ (Radiation Quality)	อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์ (บาท)
หัววัดรังสี General Detector <input type="checkbox"/> Exp mode <input type="checkbox"/> Flu mode <input type="checkbox"/> Non-invasive kV meter	5,000 บาท (หัววัด/mode) จำนวน ____ x 5,000 = ____
หัววัดรังสี DAP/KAP meter <input type="checkbox"/> Air kerma-area product <input type="checkbox"/> Air kerma-area rate product	5,000 บาท (หัววัด/mode) จำนวน ____ x 5,000 = ____
หัววัดรังสี CT Detector <input type="checkbox"/> CT mode	5,000 บาท (หัววัด/mode) จำนวน ____ x 5,000 = ____
หัววัดรังสี mammography (Target/Filter) <input type="checkbox"/> RQM (Mo/Mo) <input type="checkbox"/> RSV (Rh/Ag) <input type="checkbox"/> MAV (Mo/Al) <input type="checkbox"/> RAV (Rh/Al) <input type="checkbox"/> MCV (Mo/Cu) <input type="checkbox"/> WRV (W/Rh) <input type="checkbox"/> MRV (Mo/Rh) <input type="checkbox"/> WSV (W/Ag) <input type="checkbox"/> RRV (Rh/Rh) <input type="checkbox"/> WAV (W/Al)	6,500 บาท (หัววัด/ชนิดลำรังสี) จำนวน ____ x 6,500 = ____
รวมอัตราค่าบริการวิเคราะห์	

ข้อกำหนดทั่วไป

- สภาพทางกายภาพของเครื่อง เช่น หน้าจอ ปุ่มกด หัววัด เป็นต้น ชำรุดหรือแตกเสียหาย
- แบตเตอรี่สำรองต้องมีอย่างน้อย 1 ชุด ในกรณีที่เครื่องมือใช้แบตเตอรี่เฉพาะสำหรับเครื่องนั้น ๆ
- เอกสารประกอบ อาทิ คู่มือการใช้งาน ใบรับรองการสอบเทียบปีล่าสุด (ถ้ามี)
- ต้องมีอุปกรณ์ของเครื่องครบตามรายการสอบเทียบ เช่น เครื่องอ่านรังสี หัววัดรังสี สายเชื่อมต่อหัววัด สายชาร์จแบตเตอรี่ คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก เป็นต้น
- อุปกรณ์ทุกชิ้นต้องอยู่ในสภาพไม่ชำรุด เช่น ข้อต่อ สายเชื่อมหัววัดต้องแน่นไม่หลวม ตัวเลขที่แสดงบนหน้าปัดต้องแสดงตัวเลขได้อย่างสมบูรณ์ เป็นต้น
- เมื่อต่อระบบการทำงานแล้วเครื่องต้องสามารถแสดงสถานะการทำงานได้

หมายเหตุ : _____

ผู้ดำเนินการส่งตัวอย่าง _____ (_____) หมายเลขติดต่อ _____ ลงวันที่ _____	ผู้ดำเนินการรับตัวอย่าง _____ (_____) หมายเลขติดต่อ _____ ลงวันที่ _____
(สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง) วันที่นำส่งเครื่อง _____ วันที่รับเครื่อง _____ การตรวจสอบเบื้องต้น 1. สิ่งบกพร่องทางกายภาพ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ 2. เอกสารประกอบ/ใบรับรองผลการสอบเทียบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 3. ได้ตรวจค่าขอใช้บริการแล้ว <input type="checkbox"/> ถูกต้องครบถ้วน พร้อมส่งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> รายละเอียดไม่สอดคล้องกับงานที่สำนักรังสีฯ กำหนด ควรแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเพื่อพิจารณาต่อไป ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____	(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ) วันที่รับเครื่อง _____ การตรวจสอบเบื้องต้น 1. ตรวจสอบอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ 2. สภาพอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ 3. การทำงานระบบ <input type="checkbox"/> ทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____ วันที่นำส่งเครื่อง _____ ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____