

หมายเลขวิเคราะห์

แบบ รับ-ส่ง เครื่องวัดรังสีรักษา  
(Information for Therapy Dosimeter Calibration)

1. เครื่องวัดรังสี (Electrometer)

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

2. หัววัดรังสี (Chamber)

|                      |                       |                  |
|----------------------|-----------------------|------------------|
| ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ | รุ่นหัววัดรังสี _____ | Serial No. _____ |
| ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ | รุ่นหัววัดรังสี _____ | Serial No. _____ |
| ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ | รุ่นหัววัดรังสี _____ | Serial No. _____ |
| ผู้ผลิต/ยี่ห้อ _____ | รุ่นหัววัดรังสี _____ | Serial No. _____ |

กรณีใช้โปรแกรมในการเชื่อมต่ออุปกรณ์วัดรังสี (โปรดระบุชื่อ พร้อมดำเนินการส่งเครื่องมือสำหรับอ่านค่าปริมาณรังสี)

3. อุปกรณ์เสริม (ถ้ามี)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สายเชื่อมต่อสัญญาณ จำนวน _____ เส้น | <input type="checkbox"/> สายเคเบิล (Cable) จำนวน _____ เส้น      |
| <input type="checkbox"/> สายชาร์จ จำนวน _____ อัน            | <input type="checkbox"/> โน้ตบุ๊ก (Notebook) จำนวน _____ เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> สายไฟ (power cable) จำนวน _____ อัน | <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 \_\_\_\_\_

6. รายการสอบเทียบ

หมายเลขวิเคราะห์

| รายการสอบเทียบ  | อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์  |
|---|--|
| <b>Calibration of Co-60 beam</b><br><input type="checkbox"/> $N_{D,w}$ จำนวน _____ หัววัด<br><input type="checkbox"/> $N_k$ จำนวน _____ หัววัด  | 6,000 บาท (เครื่อง/หัววัด)<br>4,500 บาท (เครื่อง/หัววัด)<br>รวม _____ บาท  |
| <b>สอบเทียบเครื่องวัดรังสีรักษา ณ โรงพยาบาล (Onsite Calibration)</b><br><b>Calibration of Brachytherapy</b><br><input type="checkbox"/> Well type chamber Ir-192, Co-60<br><br><b>Calibration of Electron beam</b><br><input type="checkbox"/> 4 MeV <input type="checkbox"/> 6 MeV<br><input type="checkbox"/> 8 MeV <input type="checkbox"/> 9 MeV<br><input type="checkbox"/> 10 MeV <input type="checkbox"/> 12 MeV<br><input type="checkbox"/> 15 MeV <input type="checkbox"/> 18 MeV<br><input type="checkbox"/> 20 MeV <input type="checkbox"/> 22 MeV<br><input type="checkbox"/> .....MeV<br><br><b>Calibration of Photon beam</b><br><input type="checkbox"/> 6 MV <input type="checkbox"/> 10 MV<br><input type="checkbox"/> 15 MV <input type="checkbox"/> 6FFF MV<br><input type="checkbox"/> 10FFF MV <input type="checkbox"/> ..... MV | 3,600 บาท (เครื่อง/หัววัด)<br><br>4,500 บาท + (2,000xจน.พลังงาน)<br>(เครื่อง/หัววัด)<br>รวม _____ บาท<br><br>4,500 บาท + (2,000xจน.พลังงาน)<br>(เครื่อง/หัววัด)<br>รวม _____ บาท |
| <b>รวมอัตราค่าบริการวิเคราะห์</b>   |  |

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 ข้อต่อสายเชื่อมหัววัดต้องแน่นไม่หลวม ตัวเลขที่แสดงบนหน้าปัดต้องแสดงตัวเลขได้อย่างสมบูรณ์ เป็นต้น
- เมื่อต่อระบบการทำงานแล้วเครื่องต้องสามารถแสดงสถานะการทำงานได้

หมายเหตุ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ผู้ดำเนินการรับตัวอย่าง \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 หมายเลขติดต่อ \_\_\_\_\_  
 ลงวันที่ \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง)</p> <p>วันที่นำส่งเครื่อง _____</p> <p>วันที่รับเครื่อง _____</p> <p>การตรวจสอบเบื้องต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สิ่งบกพร่องทางกายภาพ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ</li> <li>เอกสารประกอบ/ใบรับรองผลการสอบเทียบ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</li> <li>ได้ตรวจค่าขอใช้บริการแล้ว<br/> <input type="checkbox"/> ถูกต้องครบถ้วน พร้อมส่งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ<br/> <input type="checkbox"/> รายละเอียดไม่สอดคล้องกับงานที่สำนักรังสีฯ กำหนด ควรแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเพื่อพิจารณาต่อไป</li> </ol> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____</p> | <p>(สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)</p> <p>วันที่รับเครื่อง _____</p> <p>การตรวจสอบเบื้องต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ</li> <li>สภาพอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ</li> <li>การทำงานระบบ <input type="checkbox"/> ทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน</li> </ol> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____</p> <p>วันที่นำส่งเครื่อง _____</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ _____</p> |
|--|--|