

## ใบขอซื้อชุดปฐมพยาบาล ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**\*\*กรุณาส่งเอกสารก่อนวันนัดรับอย่างน้อย ๕ วันทำการ\*\***

ลำดับที่	รายการยา/รับประทาน	จำนวนต่อชุด	จำนวนที่ต้องการ (ชุด)
๑.	ยาแก้ปวด-ลดไข้ (PARACETAMOL ๕๐๐ MG )	๒๐ เม็ด	
๒.	ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก แก้คัน (CHLORPHENIRAMINE ๔ MG)	๑๐ เม็ด	
๓.	ยาแก้วิงเวียนศีรษะ เมารถ/เมาเรือ (DIMENHYDRINATE ๕๐ MG)	๑๐ เม็ด	
๔.	ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS)	๕ ของ	
๕.	ยาเม็ดลดกรด (ANTACID TABLET)	๑๐ เม็ด	
๖.	ยาแก้ท้องอืด (SIMETHICONE ๘๐ MG)	๑๐ เม็ด	
<b>รายการยาใช้ภายนอก/เวชภัณฑ์สำหรับทำแผล</b>			
๗.	คาลาไมด์ โลชั่น (CALAMINE LOTION) ๖๐ ซีซี	๑ ขวด	
๘.	แอมโมเนีย (AROMATIC AMMONIA) ๖๐ ซีซี	๑ ขวด	
๙.	น้ำเกลือล้างแผล ๖๐ ซีซี	๑ ขวด	
๑๐.	โพรวิดีน-ไอโอดีน (PROVIDINE-IODINE) ๑๕ ซีซี	๑ ขวด	
๑๑.	สำลีก้อน (COTTON BALL)	๕๐ ก้อน	
๑๒.	ผ้าก๊อสเล็ก (GAUZE ๒X๒)	๑๐ ชิ้น	
๑๓.	ผ้าก๊อสใหญ่ (GAUZE ๓X๓)	๑๐ ชิ้น	
๑๔.	เทปใสเล็ก (TRANSPORE ๑/๒")	๑ ม้วน	
๑๕.	พลาสติกเอร์ยาชนิดผ้า (TENSOPLAST ผ้ายืด)	๑๐ แผ่น	
<b>รวมราคา</b>			

### ขั้นตอนการขอซื้อชุดปฐมพยาบาล

- ๑.กรอกข้อมูลในใบขอซื้อชุดปฐมพยาบาล สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <https://hospital.wu.ac.th/> หรือ ฝ่ายเภสัชกรรม
- ๒.จัดส่งเอกสารทางระบบมาที่ฝ่ายเภสัชกรรมศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โทร ๐๗๕-๖๗๓๐๕๐
- ๓.รอเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมติดต่อกลับ เพื่อแจ้งราคา และยืนยันวัน เวลา นัดรับชุดปฐมพยาบาล
- ๔.เมื่อถึงวันนัดรับ ให้ติดต่อแจ้งห้องยาและติดต่อชำระเงินที่ห้องการเงิน
- ๕.รับยาที่ห้องยา

**\*\*\* ข้อมูลผู้ซื้อชุดปฐมพยาบาล \*\*\*ผู้ซื้อเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง**

ชื่อ-สกุล.....ผู้ขอซื้อ หน่วยงาน.....กิจกรรม/โครงการ.....  
เบอร์โทร..... วันที่นัดรับยา...../...../..... เวลา.....

**ฝ่ายเภสัชกรรม** วันที่รับเอกสาร ...../...../.....

ชื่อ-สกุล.....ผู้รับเอกสาร      ชื่อ-สกุล.....ผู้จัดเตรียมยา

ชื่อ-สกุล.....ผู้ตรวจสอบ      ชื่อ-สกุล.....ผู้จ่ายยา วันที่...../...../.....