|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กระทรวงสาธารณสุข** | | | | | | |  | | | **CA 4** | | | **CA 4** | | |
| **ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว** | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| **รายละเอียดการตรวจสอบวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **หน่วยรับตรวจ.......................................................** | | | | |  | | **ผู้จัดทำ..........................................................................................** | | | | | | | | |
| **ผู้รับตรวจ...............................................................** | | | | |  | | **วัน เดือน ปี ที่จัดทำ...................................................................** | | | | | | | | |
| **งวดที่ตรวจพบ.......................................................** | | | | |  | | **ผู้สอบทาน.....................................................................................** | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | **วัน เดือน ปี ที่สอบทาน.............................................................** | | | | | | | | |
| **วัตถุประสงค์การตรวจสอบ** | | |  | | |  | |  |  | |  |  | |
| **1. เพื่อให้ทราบว่าการบันทึกบัญชีคุมวัสดุถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยปฏิบัติตามระเบียบฯว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 151 - 154** | | | | | | | | | | | | | |
| **2. เพื่อให้ทราบว่าการรับ - จ่าย และวัสดุคงเหลือเป็นไปอย่างถูกต้องตรงตามบัญชีคุมวัสดุ** | | | | | | | | | | | | | |
| **3. เพื่อตรวจสอบว่าการบริหารยาและเวชภัณฑ์มีความเหมาะสม สถานที่จัดเก็บปลอดภัยและเหมาะสม** | | | | | | | | | | |  |  | |
| **4. เพื่อให้ทราบว่าการใช้วัสดุเป็นไปอย่างคุ้มค่า** | | | | | |  | |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **ผลการประเมิน** | | | **วิธีการตรวจสอบ** | **ผลการตรวจสอบ/ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ** | **หมาย**  **เหตุ** |
| **มี**  **(2)** | **ไม่**  **สมบูรณ์**  **(1)** | **ไม่มี (๐)** |
|  | **เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา** |  |  |  |  |  |  |
| ๑ | **การรับวัสดุวิทย์ฯเข้าคลัง**เพื่อ  ควบคุมเก็บรักษาหลังจากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุดำเนินการตรวจรับและลงลายมือ  ชื่อเรียบร้อยทุกครั้ง |  |  |  |  |  |  |
| ๒ | **บันทึกการรับวัสดุวิทย์ฯ**ในบัญชีคุมวัสดุทุกครั้ง/เป็นปัจจุบัน |  |  |  |  |  |  |
| ๓ | **กรณีรับวัสดุวิทย์ฯเข้าคลังเพื่อควบคุมเก็บรักษาโดยไม่มีหลักฐานการจัดซื้อ**และไม่ผ่านการตรวจรับของกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้แยกวัสดุวิทย์ฯดังกล่าวออกต่างหากชัดเจน |  |  |  |  |  |  |
| ๔ | **การเบิกจ่าย**วัสดุวิทย์ ฯ จัดทำใบเบิกพัสดุทุกครั้ง |  |  |  |  |  |  |
|  | ๑)**ใบเบิกจ่าย**วัสดุวิทย์ฯลงลายมือชื่อผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้อนุมัติ ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ |  |  |  |  |  |  |
|  | ๒)**บันทึกบัญชีการเบิกจ่าย**วัสดุวิทย์ฯในบัญชีคุมวัสดุทุกครั้ง/เป็นปัจจุบัน |  |  |  |  |  |  |
|  | ๓)**มีระบบการสอบทาน**การควบคุม เก็บรักษาและการเบิกจ่ายวัสดุวิทย์ฯเป็นประจำเดือน |  |  |  |  |  |  |
|  | ๔)**จัดทำรายงานวัสดุวิทย์**ฯ คงเหลือ ณ วันสิ้นเดือน |  |  |  |  |  |  |
|  | ๕)**ส่งสำเนารายงานวัสดุวิทย์ฯ**คงเหลือทุกสิ้นเดือนให้ฝ่ายบัญชีเป็นประจำทุกเดือน |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **ผลการประเมิน** | | | **วิธีการตรวจสอบ** | **ผลการตรวจสอบ/ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ** | **หมาย**  **เหตุ** |
| **มี**  **(๑)** | **ไม่**  **สมบูรณ์**  **(๐.๕)** | **ไม่มี (๐)** |
| **๕** | **การควบคุมคุณภาพวัสดุวิทย์ฯ** |  |  |  |  |  |  |
|  | ๑) สถานที่จัดเก็บ มีความเหมาะสม |  |  |  |  |  |  |
|  | ๒) การควบคุมรักษาคุณภาพ |  |  |  |  |  |  |
|  | ๓) การควบคุมวันหมดอายุ |  |  |  |  |  |  |
|  | ๔) Over stock , Dead stock |  |  |  |  |  |  |

**ผลการตรวจสอบเพิ่มเติม**....................................................................................................................................................................................................................

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

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

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

**ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข**.................................................................................................................................................................................................................

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

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

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

ลงชื่อ ...............................................................ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ ...............................................................ผู้ตรวจสอบ

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

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