

ภาคผนวก ค

แบบสำรวจปริมาณและประเภทมูลฝอยติดเชื้อ

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

วัน เดือน ปี	จำนวน ผู้ป่วย(คน)	น้ำหนักถุง มูลฝอยสีดำ (กรัม)	น้ำหนักถุง มูลฝอยสีแดง (กรัม)	น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อจำแนกตามประเภท (กรัม)												มีมูลฝอย ติดเชื้อในถุง ดำหรือไม่	มีมูลฝอย ทั่วไปในถุง แดงหรือไม่
				วัสดุ ซาก ชิ้น เนื้อชิ้นส่วน อวัยวะมนุษย์ และ สัตว์ทดลอง		ผ้า ก๊อซ ผ้า ต่างๆที่ย่าง ซึ่ง สัมผัสกับเลือด ปัสสาวะเสมหะ น้ำเลือด น้ำ หนอง		ของมีคม		เชื้อ และ อาหารเลี้ยงเชื้อ วัสดุที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการ		วัคซีนที่ทำจาก เชื้อโรคที่มีชีวิต และภาชนะ บรรจุ		รวม(กรัม)			
				ถุงดำ	ถุงแดง	ถุงดำ	ถุงแดง	ถุงดำ	ถุงแดง	ถุงดำ	ถุงแดง	ถุงดำ	ถุงแดง	ถุงดำ	ถุงแดง		