

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ ราคากลาง และหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ  
สำหรับประกวดราคาซื้อ ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง จำนวน ๕ รายการ  
ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

\*\*\*\*\*

1. ความเป็นมา

ด้วยจังหวัดปราจีนบุรี โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จะดำเนินการจัดซื้อถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง จำนวน 5 รายการ ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล ดังนี้

- |                                                         |                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| 1.1 ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง เบอร์ 6   | จำนวน 304 กล่อง |
| 1.2 ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง เบอร์ 6.5 | จำนวน 200 กล่อง |
| 1.3 ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง เบอร์ 7   | จำนวน 463 กล่อง |
| 1.4 ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง เบอร์ 7.5 | จำนวน 150 กล่อง |
| 1.5 ถูมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแปรง เบอร์ 8   | จำนวน 30 กล่อง  |

2. วัตถุประสงค์การใช้งาน

เพื่อใช้ในการทำหัตถการ และปราศจากเชื้อ

3. คุณสมบัติของผู้ยื่นข้อเสนอ

3.1 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องมีความสามารถตามกฎหมาย

3.2 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

3.3 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่อยู่ระหว่างเลิกกิจการ

3.4 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ระหว่างถูกระงับการยื่นข้อเสนอหรือทำสัญญากับหน่วยงานของรัฐไว้ชั่วคราว เนื่องจากเป็นผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนดตามที่ประกาศเผยแพร่ในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง

3.5 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่เป็นบุคคลซึ่งถูกระงับชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานและได้แจ้งเวียนชื่อให้เป็นผู้ทำงานของหน่วยงานของรัฐในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง ซึ่งรวมถึงนิติบุคคลที่ผู้ทำงานเป็นหุ้นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจในการดำเนินงานในกิจการของนิติบุคคลนั้นด้วย

3.6 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่คณะกรรมการนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ที่กำหนดในราชกิจจานุเบกษา

3.7 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องเป็นนิติบุคคลผู้มีอาชีพขายพัสดุสำหรับงานที่ประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ดังกล่าว

3.8 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้ยื่นข้อเสนอรายอื่นที่เข้ายื่นข้อเสนอให้แก่จังหวัดปราจีนบุรี ณ วันประกาศประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันอย่างเป็นธรรมในการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ครั้งนี้

3.9 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทยเว้นแต่รัฐบาลของผู้ยื่นข้อเสนอได้มีคำสั่งให้สละเอกสิทธิ์และความคุ้มกันเช่นนั้น

.....  
(นางภัทราพร ใจฉลาด)

.....  
(นางกนกวรรณ มิ่งไทยสงค์)

.....  
(นายสมัย โกสุมภ์)

3.10 กิจกรรมร่วมค้าที่ยื่นข้อเสนอในรูปแบบของ "กิจกรรมร่วมค้า" ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

กรณีที่ข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้ากำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลัก ข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้าจะต้องมีการกำหนดสัดส่วนหน้าที่และความรับผิดชอบในปริมาณงาน สิ่งของหรือมูลค่าตามสัญญาของผู้เข้าร่วมค้าหลักมากกว่าผู้เข้าร่วมค้ารายอื่นทุกราย

กรณีที่ข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้ากำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลัก กิจกรรมร่วมค้านั้นต้องใช้ผลงานของผู้เข้าร่วมค้าหลักรายเดียวเป็นผลงานของกิจกรรมร่วมค้าที่ยื่นข้อเสนอ

สำหรับข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้าที่ไม่ได้กำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลัก ผู้เข้าร่วมค้าทุกรายจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในเอกสารเชิญชวน หรือหนังสือเชิญชวน

กรณีที่ข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้ากำหนดให้มีการมอบหมายผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้ยื่นข้อเสนอ ในนามกิจกรรมร่วมค้า การยื่นข้อเสนอดังกล่าวต้องมีหนังสือมอบอำนาจ

สำหรับข้อตกลงระหว่างผู้เข้าร่วมค้าที่ไม่ได้กำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดเป็นผู้ยื่นข้อเสนอ ผู้เข้าร่วมค้าทุกรายจะต้องลงลายมือชื่อในหนังสือมอบอำนาจให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้ยื่นข้อเสนอ ในนามกิจกรรมร่วมค้า

3.11 ผู้ยื่นข้อเสนอ ต้องลงทะเบียนในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Government Procurement : e-GP) กรมบัญชีกลาง

3.12 ผู้ยื่นข้อเสนอต้องมีมูลค่าสุทธิของกิจการ ดังนี้

กรณีผู้ยื่นข้อเสนอเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายไทยซึ่งได้จดทะเบียนเกินกว่า ๑ ปี ต้องมีมูลค่าสุทธิของกิจการ จากผลต่างระหว่างสินทรัพย์สุทธิหักด้วยหนี้สินสุทธิ ที่ปรากฏในงบแสดงฐานะการเงินที่มีการตรวจรับรองแล้ว ซึ่งจะต้องแสดงค่าเป็นบวก

กรณีผู้ยื่นข้อเสนอเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งยังไม่มีกิจการรายงานงบแสดงฐานะการเงินกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ให้พิจารณาการกำหนดมูลค่าของทุนจดทะเบียน โดยผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีทุนจดทะเบียนที่เรียกชำระมูลค่าหุ้นแล้ว ณ วันที่ยื่นข้อเสนอ

4. รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

4.1 ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติไม่มีแบ่งเคลือบภายในและภายนอกถุงมือ

4.2 ถุงมือแต่ละข้างมีเครื่องหมายระบุขนาดและระบุว่าเป็นข้างซ้าย (L) หรือข้างขวา (R) ให้เห็นชัดเจนตามมาตรฐานสากล และไม่หลุดลอกเวลาใช้งาน

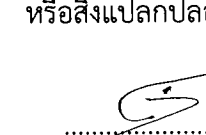
4.3 ถุงมือทุกคู่มีสถิตะสมใส่กับมือได้โดยกระชับไม่ลื่นหลุดง่าย และให้ความรู้สึกในการสัมผัสสอวัยวะได้ดี ความยาวของถุงมือไม่น้อยกว่า 280 มิลลิเมตร สามารถสวมลงถึงง่ามมือได้พอดี

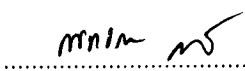
4.4 ความหนาอยู่ระหว่าง 0.18-0.25 มิลลิเมตร

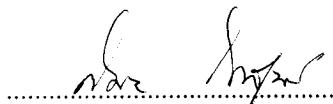
4.5 ถุงมือบรรจุในซองเดียว ซองละ 1 คู่ ลักษณะนิ้วของถุงมืออยู่ในท่าเหยียดนิ้ว และผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อมาแล้ว

4.6 เนื้อยางโปร่งแสง มีความยืดหยุ่นได้ดี ไม่กระด้าง มีความคงทนต่อการใช้งาน

4.7 ถุงมือทุกข้างต้องไม่มีรูรั่ว และปราศจากรอยตำหนิที่อาจกระทบต่อคุณภาพ เช่น ฟองอากาศ หรือสิ่งแปลกปลอมในเนื้อยาง

  
(นางภัทราพร ใจฉลาด)

  
(นางกนกวรรณ มิ่งไทยสงค์)

  
(นายสมัย โกสุมภ์)

4.8 ถุงมือต้องไม่มีสารก่อให้เกิดการแพ้ (Hypoallergenic) และต้องผ่านกระบวนการลดปริมาณโปรตีนที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้ (Low Protein)

4.9 ผ่านการทดสอบรูรั่วตามมาตรฐาน ASTM D 3577 หรือ AQL ที่ 0.65 หรือต่ำกว่าเพื่อเพิ่มความปลอดภัย

4.10 ผิวด้านนอกออกแบบให้มีความสากเพื่อใช้หยิบจับอวัยวะ หรือเครื่องมือผ่าตัดที่เปียกได้โดยไม่ลื่นหลุดง่ายในขณะเปียก

4.11 บรรจุในกล่อง กล่องละไม่น้อยกว่า 50 คู่ มีฉลากแสดงชื่อ ประเภท ขนาดของถุงมือ ตรายี่ห้อ สินค้า ชื่อผู้ผลิต วันที่ผลิต วันหมดอายุ หน้ากล่อง บรรจุภัณฑ์ และ ช่องที่บรรจุอยู่ในสภาพดี ทุกกล่องบรรจุอยู่ในสภาพที่มิดชิด

## 5. กำหนดเวลาส่งมอบพัสดุ

กำหนดเวลาส่งมอบพัสดุในวันเวลาที่กำหนดไว้ในใบสั่งซื้อแต่ละคราว ภายใน 30 วัน ในวันและเวลาทำการ นับถัดจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ

## 6. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอใช้เกณฑ์ราคา

## 7. วงเงินงบประมาณ/วงเงินที่ได้รับจัดสรร/ราคากลาง

- วงเงินที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นเงิน 745,550.00 บาท

- ราคากลาง 745,550.00 บาท

## 8. งวดงานและการจ่ายเงิน

การจ่ายเงินค่าพัสดุซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงแล้ว ให้แก่ผู้ขายโดยจะจ่ายเป็นครั้งๆ ตามใบสั่งซื้อแต่ละคราว เมื่อผู้ขายได้ส่งมอบพัสดุดังกล่าวและคณะกรรมการตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับไว้ ถูกต้อง ครบถ้วน เรียบร้อยแล้ว

## 9. อัตราค่าปรับ

สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.20 ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ

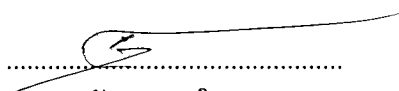
## 10. การรับประกันความชำรุดบกพร่อง

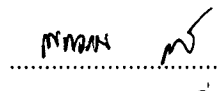
เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี นับแต่วันที่ตรวจรับพัสดุไว้ ถูกต้อง ครบถ้วน เรียบร้อยแล้ว หากพบข้อบกพร่องหรือคุณภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ขายต้องรับผิดชอบเปลี่ยนสินค้าโดยไม่มีค่าใช้จ่ายภายใน 7 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งความบกพร่อง

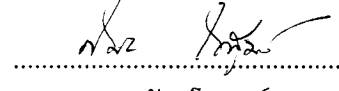
## 11. เงื่อนไขเฉพาะ

11.1 ผู้เสนอราคาต้องได้รับการแต่งตั้งเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยตรงจากผู้ผลิต หรือจากผู้จำหน่ายที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ผลิต

11.2 ต้องมีเอกสารรับรองว่าผ่านการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน มอก.538:2560 หรือ ISO 111137 หรือ ASTM D 5712:2010 และตรวจสอบค่าตกค้างจาก Ethylene Oxide (EO) ไม่เกินค่าที่กำหนด

  
.....  
(นางภัทราพร ใจฉลาด)

  
.....  
(นางกนกวรรณ มิ่งไทยสงค์)

  
.....  
(นายสมัย โกสมม์)

11.3 ต้องมีเอกสารแสดงผลการผ่าน การตรวจสอบรูรั่วตามมาตรฐานการควบคุมคุณภาพ (Acceptable Quality Level AQL ที่ 0.65 ) (Before packing) และ AQL ไม่มากกว่า หรือเท่ากับ 1.0 (After packing)

11.4 ต้องมีเอกสารแสดงผลการผ่านมาตรฐาน ASTM D 3577 เรื่องการทดสอบมาตรฐานถุงมือยาง

11.5 โรงงานผลิตได้รับมาตรฐาน ISO 13485 หรือ CE หรือ EC Certificate

11.6 ต้องมีรายงานผลทดสอบถุงมือปราศจากเชื้อแบบไม่มีแบ่ง จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

11.7 ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสม่ำเสมอเหมือนกันทุกล็อต กรณีพบว่าสินค้าล็อตใดมีปัญหา ผู้ขายต้องรับแลกเปลี่ยนส่วนที่เหลือโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ พร้อมชดเชยสินค้าที่มีปัญหาที่จ่ายออกไป

11.8 การแลกเปลี่ยนต้องให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันนับถัดจากวันที่ได้รับแจ้ง หากไม่รับแลกเปลี่ยน หรือ แลกเปลี่ยนแล้วยังมีปัญหา โรงพยาบาลสงวนสิทธิยกเลิกสัญญาได้

11.9 ผลิตภัณฑ์ต้องเป็นของใหม่ไม่เคยใช้งานมาก่อน อายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 3 ปี นับจากวันที่ส่งมอบสินค้า

11.10 ตัวอย่างถุงมือปราศจากเชื้อแบบไม่มีแบ่ง

- ผู้เสนอราคา (ผู้ขาย) ต้องส่งผลิตภัณฑ์ตัวอย่างถุงมือปราศจากเชื้อแบบไม่มีแบ่งให้ โรงพยาบาล ทดลองใช้ อย่างละ 50 คู่ เพื่อใช้ในการตรวจ/ทดลอง และประกอบการพิจารณา หากไม่ส่ง ตัวอย่างมาให้ตรวจ/ทดลองใช้ คณะกรรมการฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาราคาของผู้เสนอราคารายนั้น

- คณะกรรมการฯ จะเก็บตัวอย่างถุงมือปราศจากเชื้อแบบไม่มีแบ่งของผู้ที่เสนอราคาทุกรายไว้โดยไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

11.11 ต้องผ่านการประเมินผลการใช้งานจากหน่วยงานที่ใช้พัสดุของโรงพยาบาลและต้องมีผล ประเมินผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

11.12 ผู้เสนอราคาต้องเสนอแคตตาล็อกและเอกสารที่รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ พร้อมทำ เครื่องหมายและลงหมายเลขข้อกำหนดของทางราชการให้ชัดเจนทุกรายการ

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ  
(นางภัทราพร ใจฉลาด)

ลงชื่อ.....กรรมการ  
(นางกนกวรรณ มิ่งไทยสงค์)

ลงชื่อ.....กรรมการ  
(นายสมัย โกสุมภ์)

**แบบประเมินความพึงพอใจ ในการทดลองใช้  
ถุงมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแป้ง เบอร์ 6**

หน่วยงาน/ผู้ประเมิน.....

| ลำดับที่ | หัวข้อประเมิน                             | ผลประเมิน          |                      |                    |                      |
|----------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
|          |                                           | ดีมาก<br>= 3 คะแนน | ปานกลาง<br>= 2 คะแนน | พอใช้<br>= 1 คะแนน | ไม่พอใจ<br>= 0 คะแนน |
| 1.       | ความกระชับและพอดีกับมือ                   |                    |                      |                    |                      |
| 2.       | ความยืดหยุ่นและความทนทาน                  |                    |                      |                    |                      |
| 3.       | ความหนาเหมาะสม                            |                    |                      |                    |                      |
| 4.       | ความยาวเพียงพอ ( $\geq 280$ มม.)          |                    |                      |                    |                      |
| 5.       | พื้นผิวมีความสากช่วยให้จับเครื่องมือได้ดี |                    |                      |                    |                      |
| 6.       | ไม่มีริ้วหรือรอยตำหนิ                     |                    |                      |                    |                      |
| 7.       | มีความสามารถในการป้องกันการปนเปื้อน       |                    |                      |                    |                      |
| 8.       | ไม่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองผิวหนัง        |                    |                      |                    |                      |
| 9.       | ความคงทนในการใช้งานจริง                   |                    |                      |                    |                      |

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

แบบประเมินความพึงพอใจ ในการทดลองใช้  
ถุงมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแบ่ง เบอร์ 6.5

หน่วยงาน/ผู้ประเมิน.....

| ลำดับที่ | หัวข้อประเมิน                             | ผลประเมิน          |                      |                    |                      |
|----------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
|          |                                           | ดีมาก<br>= 3 คะแนน | ปานกลาง<br>= 2 คะแนน | พอใช้<br>= 1 คะแนน | ไม่พอใจ<br>= 0 คะแนน |
| 1.       | ความกระชับและพอดีกับมือ                   |                    |                      |                    |                      |
| 2.       | ความยืดหยุ่นและความทนทาน                  |                    |                      |                    |                      |
| 3.       | ความหนาเหมาะสม                            |                    |                      |                    |                      |
| 4.       | ความยาวเพียงพอ ( $\geq 280$ มม.)          |                    |                      |                    |                      |
| 5.       | พื้นผิวมีความสากช่วยให้จับเครื่องมือได้ดี |                    |                      |                    |                      |
| 6.       | ไม่มีรูรั่วหรือรอยตำหนิ                   |                    |                      |                    |                      |
| 7.       | มีความสามารถในการป้องกันการปนเปื้อน       |                    |                      |                    |                      |
| 8.       | ไม่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองผิวหนัง        |                    |                      |                    |                      |
| 9.       | ความคงทนในการใช้งานจริง                   |                    |                      |                    |                      |

ข้อเสนอแนะ.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

**แบบประเมินความพึงพอใจ ในการทดลองใช้  
ถุงมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแบ่ง เบอร์ 7**

หน่วยงาน/ผู้ประเมิน.....

| ลำดับที่ | หัวข้อประเมิน                             | ผลประเมิน          |                      |                    |                      |
|----------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
|          |                                           | ดีมาก<br>= 3 คะแนน | ปานกลาง<br>= 2 คะแนน | พอใช้<br>= 1 คะแนน | ไม่พอใจ<br>= 0 คะแนน |
| 1.       | ความกระชับและพอดีกับมือ                   |                    |                      |                    |                      |
| 2.       | ความยืดหยุ่นและความทนทาน                  |                    |                      |                    |                      |
| 3.       | ความหนาเหมาะสม                            |                    |                      |                    |                      |
| 4.       | ความยาวเพียงพอ ( $\geq 280$ มม.)          |                    |                      |                    |                      |
| 5.       | พื้นผิวมีความสากช่วยให้จับเครื่องมือได้ดี |                    |                      |                    |                      |
| 6.       | ไม่มีรูรั่วหรือรอยตำหนิ                   |                    |                      |                    |                      |
| 7.       | มีความสามารถในการป้องกันการปนเปื้อน       |                    |                      |                    |                      |
| 8.       | ไม่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองผิวหนัง        |                    |                      |                    |                      |
| 9.       | ความคงทนในการใช้งานจริง                   |                    |                      |                    |                      |

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

แบบประเมินความพึงพอใจ ในการทดลองใช้  
ถุงมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแบ่ง เบอร์ 7.5

หน่วยงาน/ผู้ประเมิน.....

| ลำดับที่ | หัวข้อประเมิน                             | ผลประเมิน          |                      |                    |                      |
|----------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
|          |                                           | ดีมาก<br>= 3 คะแนน | ปานกลาง<br>= 2 คะแนน | พอใช้<br>= 1 คะแนน | ไม่พอใจ<br>= 0 คะแนน |
| 1.       | ความกระชับและพอดีกับมือ                   |                    |                      |                    |                      |
| 2.       | ความยืดหยุ่นและความทนทาน                  |                    |                      |                    |                      |
| 3.       | ความหนาเหมาะสม                            |                    |                      |                    |                      |
| 4.       | ความยาวเพียงพอ ( $\geq 280$ มม.)          |                    |                      |                    |                      |
| 5.       | พื้นผิวมีความสากช่วยให้จับเครื่องมือได้ดี |                    |                      |                    |                      |
| 6.       | ไม่มีรูรั่วหรือรอยตำหนิ                   |                    |                      |                    |                      |
| 7.       | มีความสามารถในการป้องกันการปนเปื้อน       |                    |                      |                    |                      |
| 8.       | ไม่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองผิวหนัง        |                    |                      |                    |                      |
| 9.       | ความคงทนในการใช้งานจริง                   |                    |                      |                    |                      |

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน

**แบบประเมินความพึงพอใจ ในการทดลองใช้  
ถุงมือผ่าตัดชนิดปราศจากเชื้อ ชนิดไม่มีแบ่ง เบอร์ 8**

หน่วยงาน/ผู้ประเมิน.....

| ลำดับที่ | หัวข้อประเมิน                             | ผลประเมิน          |                      |                    |                      |
|----------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
|          |                                           | ดีมาก<br>= 3 คะแนน | ปานกลาง<br>= 2 คะแนน | พอใช้<br>= 1 คะแนน | ไม่พอใจ<br>= 0 คะแนน |
| 1.       | ความกระชับและพอดีกับมือ                   |                    |                      |                    |                      |
| 2.       | ความยืดหยุ่นและความทนทาน                  |                    |                      |                    |                      |
| 3.       | ความหนาเหมาะสม                            |                    |                      |                    |                      |
| 4.       | ความยาวเพียงพอ ( $\geq 280$ มม.)          |                    |                      |                    |                      |
| 5.       | พื้นผิวมีความสากช่วยให้จับเครื่องมือได้ดี |                    |                      |                    |                      |
| 6.       | ไม่มีรูรั่วหรือรอยตำหนิ                   |                    |                      |                    |                      |
| 7.       | มีความสามารถในการป้องกันการปนเปื้อน       |                    |                      |                    |                      |
| 8.       | ไม่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองผิวหนัง        |                    |                      |                    |                      |
| 9.       | ความคงทนในการใช้งานจริง                   |                    |                      |                    |                      |

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

ผู้ประเมิน