

**ศัลยกรรมสาย Neuro Sx (Endoscope)**

อาจารย์แพทย์.....

Diagnosis.....

Operation EEA for tumor removal

ค่าผ่าตัด.....บาท

ค่าดมยา.....บาท

รายการ	บริษัท	จำนวน	ราคา/ชิ้น	รวม	เบิกได้	ส่วนเกินสิทธิ
1. Aquamantys						
2. Microdebrider						
3. หัวกรอยาว 4 mm						
4. TISSEEL						
5. SURGIFLO						
4. Dura เทียม						
5. Nasopore						
6. ค่าส่วนเกินการผ่าตัดทั่วไป						

รวมค่าส่วนเกินสิทธิ.....บาท (ผู้ป่วยรับผิดชอบจ่ายเองเบิกไม่ได้)

รับทราบการชี้แจง และยินยอมชำระส่วนเกินสิทธินี้

ผู้แจ้ง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

ลงชื่อ.....แพทย์

ลงชื่อ.....ญาติผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยาบาล