



แบบฟอร์ม: การใช้อย่าง
งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-RH-RX-023/01, Rev.00

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

เนื่องจาก สาขาวิชา ภาควิชา

จะขอใช้อย่างเพื่อ.....

ชื่อยา (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

ระยะเวลาในการทดลองใช้ ตั้งแต่..... ถึง

จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้นี้ประมาณ ราย

โดยมีรายชื่อแพทย์ที่สามารถสั่งยาได้ดังนี้

1) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

2) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

3) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

4) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

5) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

(หากแพทย์ผู้ใช้นี้มากกว่า 5 ราย กรุณาทำเป็นเอกสารแนบ)

.....

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา...../ภาควิชา.....

วันที่

* กรณีสั่งยาดังกล่าวมาในใบสั่งยา กรุณาเขียนชื่อยา และเติม “(S)” หลังชื่อยา ถ้าเป็นผู้ป่วยในต้องเขียนใบสั่งยาสีชมพู

** กรณีสิ้นสุดการทดลองใช้ยา กรุณาสรุปผลการใช้ยาในแบบประเมินผลการทดลองใช้ยาส่งให้ฝ่ายเภสัชกรรมด้วย

ความเห็นของประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

เรียนหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการ

อื่นๆ

.....

(ศาสตราจารย์วินัย วนานุกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

วันที่.....



รายละเอียดของยา

ชื่อยา (Trade Name)

ชื่อยาสามัญ (Generic Name) หรือส่วนประกอบ (Ingredient)

ความแรง (Strength).....

รูปแบบยา (Dosage Form).....

ขนาดยาที่ใช้ (Dose)

ขนาดบรรจุ (Packing)

ราคา (Price) ต่อขนาดบรรจุ (รวม Vat)

บัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่ใช่ ใช่ บัญชี ก ข ค ง จ(1) จ(2) สมุนไพร

ข้อบ่งใช้ (Indication)

กลุ่มยา (Group Classification)

ทะเบียนยา.....

เลข 24 หลัก.....

TMT code (ถ้ายังไม่มี ให้ระบุว่าเป็น “ไม่มี”).....

Distributor.....

Principle/Manufactures.....

ผู้แทนยา หมายเลขโทรศัพท์.....

บริษัท

- หมายเหตุ
1. ขอให้แนบรูปถ่ายของผลิตภัณฑ์ และทะเบียนยาด้วย
 2. ต้องมีข้อมูลครบถ้วนมิฉะนั้นจะไม่สามารถดำเนินการได้



แบบฟอร์ม: แบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด
งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-RH-RX-023/03, Rev. 00

1. บริษัทที่เสนอขายยาคือผู้นำยาดังกล่าวไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณผู้ป่วยที่ได้ตกลงไว้
2. การเสนอยาดังกล่าวไม่มีผลต่อการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
3. เมื่อทดลองใช้ยาครบปริมาณที่ตกลงแล้ว กรุณานำผลการทดลองการใช้ยามาส่งที่งานบริหารเวชภัณฑ์ ก่อนการประชุมพิจารณารายการยา กรณีไม่มีผลการใช้ยา อาจส่งผลต่อการพิจารณายาเข้าโรงพยาบาล
4. กรณีที่ยาผ่านการพิจารณารับเข้าบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว บริษัทยินดีที่จะบริจาคยาจนกว่าทางโรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ไม่ยืมยาก่อน) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 4 เดือนต่อรายการยา นับจากวันที่ผ่านการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
5. กรณียาไม่เข้าโรงพยาบาล ขอให้บริษัทมารับยาคืนภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศผล
6. กรณีไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการอุทธรณ์ และพิจารณาตัดยาออกจากโรงพยาบาล

รับทราบและยินดีปฏิบัติ

.....ลงนาม

(.....)

ผู้จัดการ/ผู้แทนจำหน่าย

เกณฑ์การปฏิบัตินี้รวมถึงรายการยาที่นำเสนอ Access Program รูปแบบให้ยาฟรีกับผู้ป่วยก่อน