



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภาควิชา โทรศัพท์
ที่ ศธ 0514.7 วันที่

เรื่อง ขอให้จัดหาและรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ผ่านหัวหน้างานเภสัชกรรม)

ด้วยผู้ป่วยชื่อ HN อายุ ปี
ห้องตรวจ/หอผู้ป่วย ซึ่งป่วยเป็นโรค/ภาวะ
น้ำหนัก กก. สูง ซม. พื้นที่ผิวร่างกาย ตร.ม. ECOG Score []0 []1 []2 []3 []4

ใช้สิทธิ์ จ่ายตรง อปท. รัฐวิสาหกิจ บัตรทอง ประกันสังคม ชำระเงินเอง อื่นๆ.....

มีความจำเป็นต้องใช้ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในเภสัชตำรับของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย แล้วดังนี้

รายละเอียดยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	ราคายาทั้งหมด	เหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ* (ระบุหัวข้อ)
1. ชื่อยาและความแรง.....		<input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> EC
2. ขนาดยาที่ใช้ต่อครั้ง.....		
3. จำนวนครั้งที่ใช้.....		<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> EE <input type="checkbox"/> EF
4. ระยะเวลาทั้งหมด.....		

* เหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจาก (ระบุหัวข้อ EA-EF)	
EA	เกิดอาการข้างเคียงในการชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ADR) หรือแพ้ยา
EB	ผู้ป่วยชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
EC	ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ชื้อ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้การชื้อยาตามที่ อย. กำหนด
ED	มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
EE	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า
EF	ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

ข้าพเจ้าได้พิจารณาโดยรอบคอบตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติของหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0422.2/ว. 111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555 แล้ว ขอรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องชื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และการชื้อยานี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย.กำหนด โดยข้าพเจ้าได้บันทึกข้อบ่งชี้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว

ลงชื่อ อาจารย์แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ รหัสองค์กรแพทย์ (PIN CODE)

โปรดระบุเหตุผลการใช้ยา (ระบุเฉพาะตัวอักษร A-F) ในเวชระเบียนผู้ป่วยและใบสั่งยา

<p>1. ความเห็นของกรรมการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบตามเสนอ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>	<p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าหน่วย.....</p>
<p>2. ความเห็นของกรรมการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบตามเสนอ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>	<p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าภาควิชา.....</p>
<p>3. ความเห็นของกรรมการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบตามเสนอ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>	<p>ลงชื่อ.....</p> <p>(ภาญ.รัฐภาพร สุนทรภาส)</p> <p>หัวหน้างานเภสัชกรรม</p>
<p>4. ความเห็นของประธานคณะกรรมการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>	<p>ลงชื่อ.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์)</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์</p>

หมายเหตุ

- (1) เอกสารฉบับนี้มีสถานะเป็นคำรับรอง เมื่อมีการกรอกข้อมูลและลงนามครบถ้วนแล้ว
- (2) ให้ใช้เอกสารนี้สำหรับการขออนุมัติจัดซื้อยาที่ไม่มีในเภสัชตำรับของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิ์
- (3) โปรดนำเสนอผ่านหัวหน้าหน่วยและหัวหน้าภาควิชาที่สังกัดเพื่อลงความเห็นก่อนทุกครั้ง
- (4) ในกรณีที่ให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง กรุณาแนบแบบยินยอมการชำระเงินเองมาด้วยทุกครั้ง
- (5) กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ถ้าไม่ครบถ้วนจะทำให้ล่าช้า