

# แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลอ่างทอง (revised 19/4/2565)



แพทย์ผู้สั่งใช้ยา กรุณา 1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน 2. ส่งแบบฟอร์มที่คลังยา กลุ่มงานเภสัชกรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้ป่วยชื่อ นาย,นาง,นางสาว,ด.ช.,ด.ญ. ....HN.....

- สิทธิการรักษา  ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)  
 ประกันสังคม (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)  
สวัสดิการข้าราชการ  
 อื่นๆ ..... (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก แผนก.....  ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรค .....

มีความจำเป็นต้องใช้ยา.....วันที่ต้องการใช้ยา.....

วิธีการใช้ยา.....ระยะเวลาที่ใช้.....จำนวนยา.....

เหตุผลความจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลได้ ดังนี้

- A เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/แพ้ยา .....ซึ่งอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล  
 B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชีของโรงพยาบาลจนครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว  
 C ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
 D ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามใช้การใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้  
 E ยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)  
 F อื่นๆ (ระบุ) .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

**\*\*Staff Only\*\***

## หมายเหตุ

- โปรดระบุสิทธิการรักษาและการร่วมจ่ายทุกครั้ง
- ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลอ่างทอง จะจัดซื้อให้ในจำนวนไม่เกิน 3 เดือน
- ใช้ระยะเวลาในดำเนินการจัดซื้อประมาณอย่างน้อย 7-15 วันทำการ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา .....

(.....)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ต้องเป็นแพทย์staff เท่านั้น

สำหรับงานบริหารเวชภัณฑ์และคลังยา (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม)

ชื่อยา..... Life saving drug  ใช่  ไม่ใช่

เป็นยาที่มติดี PTC กำหนดให้สำรองไว้ในรพ.  ยา ED  ยา NED

บริษัท.....

จำนวนที่จัดซื้อ.....

ราคาที่จัดซื้อครั้งนี้.....ราคาที่เคยซื้อ.....ราคากลาง.....

รวมมูลค่าการจัดซื้อ.....

ลงนาม..... วันที่.....

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงนาม..... วันที่.....