



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลระนอง

ที่ รน. ๐๐๓๓.๒๒๓ /

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติซื้อขายเฉพาะรายที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลระนอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง

ส่วนที่ ๑: แพทย์ผู้ขออนุมัติ (หากแพทย์ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนจะส่งคืนกลับ)

ด้วยผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

สิทธิการรักษาหลัก ☐ เบิกจ่ายตรง ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ ต่างด้าว ☐ ชำระเงินเอง ☐ อื่นๆ.....

การวินิจฉัย.....

มีความจำเป็นต้องใช้ยา.....ซึ่งเป็นยา ☐ ED ☐ NED และเป็นยาไม่มีในบัญชียา

ของรพ.ระนอง โดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถใช้อยู่ในบัญชียาของรพ.ระนอง คือ.....

กรณียา NED โปรดระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้อยู่ ED ได้ (จำเป็น**)

- ☐ A: เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรืออาการแพ้ยา
- ☐ B: รักษาโดยใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติตามมาตรฐานแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
- ☐ C: ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของยาตามที่ยกมา กำหนด
- ☐ D: ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาหลัก หรือมีข้อห้ามในการใช้ยาในบัญชียาหลักร่วมกับยาอื่น
- ☐ E: ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อคอร์สของการรักษา)
- ☐ F: ยาที่ผู้ป่วยร้องขอจากแพทย์ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง

รายละเอียดข้อมูลยา (กรอกให้ครบถ้วน)	เงื่อนไขของการสั่งซื้อยาเฉพาะราย (โปรดระบุ)
๑. ชื่อยาและความแรง.....	☐ เป็นรายการยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ และเป็น รายการยาที่ไม่ได้มีการสั่งใช้บ่อย
๒. วิธีการบริหารยา.....	☐ เป็นรายการยาที่ไม่สามารถหาซื้อได้ตามท้องตลาด ซึ่งต้องจัดซื้อผ่านโรงพยาบาลเท่านั้น
๓. ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา (ระบุให้ชัดเจน)	☐ ไม่เป็นรายการยาที่ติดตามเหลี่ยม (Safety monitoring program: SMP)
☐ ใช้ครั้งเดียว (วัน).....	*** SMP คือ รายการยาใหม่ที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย
☐ ใช้เป็น course.....วัน/course จำนวน.....course	☐ ต้องเป็นรายการยาที่เริ่มการรักษาโดยแพทย์ในโรงพยาบาลระนองเท่านั้น
☐ ต่อเนื่อง (ระบุ).....(ไม่เกิน ๑ ปี)	

แพทย์นัดครั้งถัดไปวันที่.....

(กรณีนัดผู้ป่วยนอกเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยา)

การขออนุมัติซื้อขายเฉพาะรายมีระยะเวลาในการดำเนินการอย่างน้อย ๒๑ วัน ***

กรณีผู้ป่วยยินดีชำระเงินเอง โปรดลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

(.....)

แพทย์เฉพาะทางสาขา.....

ส่วนที่ ๒: กลุ่มงานเภสัชกรรม

ข้อมูลยาเฉพาะราย:

[illegible]

ยา.....
เป็นยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
จำนวน.....ราคา.....บาท/หน่วย
รวมเป็นเงิน.....บาท
*ใช้งบซื้อยาเฉพาะรายปีนี้มาแล้ว.....บาท

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

☐ เห็นชอบ.....

☐ ไม่เห็นชอบ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ส่วนที่ ๓: ศูนย์จัดเก็บรายได้

ความเห็นของหัวหน้าศูนย์จัดเก็บรายได้

สิทธิการรักษาผู้ป่วย

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ส่วนที่ ๔: รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.ระนอง

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

☐ เห็นชอบ.....

☐ ไม่เห็นชอบ.....

ลงชื่อ.....
(รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.ระนอง)

ส่วนที่ ๕: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

☐ เห็นชอบ.....

☐ ไม่เห็นชอบ.....

ลงชื่อ.....
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง)