



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน

โทร

ที่ สธ.๐๓๐๖/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติให้จัดซื้อยาในบัญชียาโรงพยาบาล บัญชี ๑.(เฉพาะราย)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ตำแหน่ง.....ว.....

กลุ่มงาน.....ประสงค์ขอใช้ยาในบัญชียาของรพ.บัญชี๑.(เฉพาะราย)กับผู้ป่วยชื่อ.....

เบอร์โทรผู้ป่วยที่ติดต่อได้..... เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)..... AN.....

ซึ่งเป็น [] ผู้ป่วยใน [] ผู้ป่วยนอก สิทธิ.....ป่วยด้วยโรค.....โดยมีรายการยาคือ

๑.....ยา ED/NED ขนาด.....วิธีใช้.....จำนวน.....ระยะเวลาที่ใช้.....

๒.....ยา ED/NED ขนาด.....วิธีใช้.....จำนวน.....ระยะเวลาที่ใช้.....

ซึ่งมียาในกลุ่มเดียวกันหรือชนิดเดียวกันคือ (ชื่อยา).....แต่ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายคือ.....

และไม่มียาในบัญชีถึง บัญชี ๑. ที่ใช้แทนได้ เนื่องจาก.....

☐ เป็นยาที่แพทย์ key สั่งได้ (เช่น ยาบัญชี 2.4 ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม จะ key สั่งยาไม่ได้ ยกเว้นเปลี่ยนเป็นสิทธิผู้ป่วยทั่วไป)

กรณีเป็นยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอนุมัติจากกรมบัญชีกลางก่อน ☐ ได้รับอนุมัติแล้ว ☐ ยังไม่ได้รับอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

นายแพทย์.....(Staff)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ผู้รับรอง

วันที่.....

ทางหน่วยงาน ☐ ประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ อื่นๆ.....ได้ตรวจสอบสิทธิการรักษาของ
ผู้ป่วยแล้ว ขอยืนยันสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งรพ.สามารถเบิกคืนเป็นเงินจากต้นสังกัดได้ทั้งหมด /ได้เฉพาะยา ED /เหมาจ่ายรายหัว
เป็นเงิน.....บาท /ตาม DRG /เบิกคืนเป็นยาได้จำนวน.....หรือรพ.ต้องรับผิดชอบค่ายาของผู้ป่วย
จำนวน.....บาท รพ.สามารถ top up ได้เป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ตรวจสอบสิทธิการรักษา

วันที่.....

งานบริหารเวชภัณฑ์(จัดซื้อยา)ได้ตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วยดังนี้

๑.....ยา ED/NED จำนวน.....ราคาต่อหน่วย.....รวมเป็นเงิน.....บาท

๒.....ยา ED/NED จำนวน.....ราคาต่อหน่วย.....รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้างานบริหารเวชภัณฑ์

วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้กลุ่มงานเภสัชกรรมดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

วันที่.....

หมายเหตุ ระยะเวลาในการจัดซื้อยาตามพรบ.ฯประมาณ ๑๐ วัน หลังจากได้รับอนุมัติให้จัดซื้อ

เริ่มใช้ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๒