

**ใบรับรองการใช้อยานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลผลิตสิน  
(ชื่อยานนอกโรงพยาบาล)**

ด้วยผู้ป่วยชื่อ .....HN.....อายุ.....ปี  
ห้องตรวจ/หอผู้ป่วย.....ซึ่งป่วยเป็นโรค/ภาวะ .....

ใช้สิทธิ ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ บัตรทอง ☐ ชำระเงินเอง ☐ ต่างด้าว ☐ อื่นๆ.....

มีความจำเป็นต้องใช้ ยานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลผลิตสิน  
โดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถใช้อยานในบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้วดังนี้

ลำดับ	ชื่อยา/ความแรง	วิธีใช้	จำนวน	เหตุผล (A-F)
1.				
2.				
3.				

	*เหตุผลที่ไม่สามารถใช้อยานในบัญชียาโรงพยาบาล เนื่องจาก (ระบุหัวข้อ A-E)
A	เกิดอาการข้างเคียงในการใช้อยานในบัญชียาโรงพยาบาล (ADR) หรือแพ้ยา
B	ผู้ป่วยใช้อยานในบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
C	ไม่มียาในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งใช้อยานตามที่ อย.กำหนด
D	มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่
E	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
F	ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ ( เบิกไม่ได้ )

ข้าพเจ้าได้พิจารณาและขอรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้อยานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมี  
การขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และการใช้นี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย.  
กำหนด โดย **ข้าพเจ้าได้บันทึกข้อบ่งชี้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว**

ลงชื่อ .....อาจารย์แพทย์ผู้ตรวจ  
(.....) เลข ว. ....  
กรุณาเขียนตัวบรรจง

ขอรับรองไม่มีรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล

ลงชื่อ .....เภสัชกร  
(.....)  
กรุณาเขียนตัวบรรจง