



แบบฟอร์ม: การใช้จ่ายตัวอย่าง
งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-RH-RX-023/01, Rev.01

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

เนื่องจาก สาขาวิชา ภาควิชา.....
จะขอใช้จ่ายตัวอย่างเพื่อ.....
ชื่อยา (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
ระยะเวลาในการทดลองใช้ ตั้งแต่..... ถึง
จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้นี้ประมาณ ราย
โดยมีรายชื่อแพทย์ที่สามารถสั่งยาได้ดังนี้

- 1) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.
- 2) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.
- 3) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.
- 4) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.
- 5) ชื่อแพทย์ รหัสบุคคล โทร.

(หากแพทย์ผู้ใช้นี้มากกว่า 5 ราย กรุณาทำเป็นเอกสารแนบ)

.....
(.....)
หัวหน้าสาขาวิชา.....
ภาควิชา.....
วันที่

* กรณีสั่งยาดังกล่าวมาในใบสั่งยา กรุณาเขียนชื่อยา และเติม “(S)” หลังชื่อยา

** กรณีสิ้นสุดการทดลองใช้ยา กรุณาสรุปผลการใช้ยาในแบบประเมินผลการทดลองใช้ยาส่งให้ฝ่ายเภสัชกรรมด้วย

ความเห็นของประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

☐ เรียนหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการ

☐ อื่นๆ

.....

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย วนานุกุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

วันที่.....



แบบฟอร์ม: การใช้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-RH-RX-023/01, Rev.01

รายละเอียดของยา

ชื่อยา (Trade Name)

ชื่อยาสามัญ (Generic Name) หรือส่วนประกอบ (Ingredient)

ความแรง (Strength).....

รูปแบบยา (Dosage Form).....

ขนาดยาที่ใช้ (Dose)

ขนาดบรรจุ (Packing)

ราคา (Price) ต่อขนาดบรรจุ (รวม Vat)

บัญชียาหลักแห่งชาติ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ บัญชี ☐ ก ☐ ข ☐ ค ☐ ง ☐ จ(1) ☐ จ(2) ☐ สมุนไพร

ข้อบ่งใช้ (Indication)

กลุ่มยา (Group Classification)

ทะเบียนยา.....

เลข 24 หลัก.....

TMT code (ถ้ายังไม่มี ให้ระบุ “ไม่มี”).....

Distributor.....

Principle/Manufactures.....

ผู้แทนยา หมายเลขโทรศัพท์.....

บริษัท



แบบฟอร์ม: การใช้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-RH-RX-023/01, Rev.01

แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลรามารัตน์

ชื่อการค้า (ชื่อสามัญ).....

บริษัท.....

ประเภทยา ☐ ยาต้นแบบ ☐ First Generic ☐ ยาสามัญ หรือ ชีววัตถุ

เอกสาร	รายการยา	Check list	หมายเหตุ
1	แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียา ของโรงพยาบาลรามารัตน์		
2	แบบฟอร์มการใช้ยาตัวอย่าง		
3	ข้อมูลทั่วไปของผลิตภัณฑ์		
	3.1 ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนยา - ใบทย 1 (ทั้งด้านหน้าและหลัง) - ใบทย 2 ทย 3 หรือ ทย 4 (ทั้งด้านหน้าและหลัง)		
	3.2 เอกสารกำกับยา (ต้องเป็นฉบับที่ให้ข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์) - ภาษาไทยฉบับเต็ม - ภาษาอังกฤษฉบับเต็ม		
	3.3 รูปภาพผลิตภัณฑ์ (รูปภาพ สี เท่านั้น)		
4	Clinical study (1-2 ฉบับ)		
5	แบบฟอร์มแบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด (พร้อมลงนามรับทราบ)		
6	แบบฟอร์มประเมินผลการทดลองใช้ยาของแพทย์		

หมายเหตุ

1. ต้องมีข้อมูลครบถ้วนมิฉะนั้นจะไม่สามารถดำเนินการได้
2. กรณีขอเพิ่มเติมรหัสแพทย์ เพื่อขอใช้ยาตัวอย่าง สามารถ download แบบฟอร์มขอเพิ่มรหัสแพทย์เพื่อ
ขอให้ยาตัวอย่าง (เพิ่มเติม) (F-WI-RH-RX-023/04) ได้จาก Internet ฝ่ายเภสัชกรรม และส่งที่ธุรการฝ่าย
เภสัชกรรม

เจ้าหน้าที่บริษัทผู้ยื่นเอกสาร

(.....)

วันที่.....



แบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด

1. บริษัทที่เสนอขายยารักษาโรคตัวอย่างมาไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณผู้ป่วยที่ได้ตกลงไว้
2. การเสนอขายตัวอย่างไม่มีผลต่อการพิจารณาจ่ายยาเข้าโรงพยาบาล
3. เมื่อทดลองใช้ยาครบปริมาณที่ตกลงแล้ว กรุณานำผลการทดลองการจ่ายยามาส่งทีมงานบริหารเวชภัณฑ์ ก่อนการประชุมพิจารณารายการยา กรณีไม่มีผลการจ่ายยา อาจส่งผลต่อการพิจารณาจ่ายยาเข้าโรงพยาบาล
4. กรณีที่ยาผ่านการพิจารณาจ่ายเข้าบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว บริษัทยินดีที่จะบริจาคยาจนกว่าทางโรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ไม่ยืมยาก่อน) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 4 เดือนต่อรายการยา นับจากวันที่ผ่านการพิจารณาจ่ายยาเข้าโรงพยาบาล
5. กรณียาไม่เข้าโรงพยาบาล ขอให้บริษัทมารับยาคืนภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศผล
6. กรณีไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการอุทธรณ์ และพิจารณาตัดยาออกจากโรงพยาบาล

รับทราบและยินดียินดีปฏิบัติ

.....ลงนาม

(.....)

ผู้จัดการ/ผู้แทนจำหน่าย

เกณฑ์การปฏิบัตินี้รวมถึงรายการยาที่นำเสนอ Access Program รูปแบบให้ยาฟรีกับผู้ป่วยก่อน