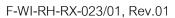


## แบบฟอร์ม: การใช้ยาตัวอย่าง งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

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

# เรียน ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณารายการยา

เนื่องจาก สาขาวิชา	ภาควิชา	
จะขอใช้ยาตัวอย่างเพื่อ		
ชื่อยา		(รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
ระยะเวลาในการทดลองใช้ ตั้งแต่	ถึง	
จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้ยานี้ประมาณ	ราย	
โดยมีรายชื่อแพทย์ที่สามารถสั่งยาได้ดังนี้		
1) ชื่อแพทย์	รหัสบุคคล	โทร
2) ชื่อแพทย์	รหัสบุคคล	โทร
3) ชื่อแพทย์	รหัสบุคคล	โทร
4) ชื่อแพทย์	รหัสบุคคล	โทร
5) ชื่อแพทย์	รหัสบุคคล	โทร
(หากแพทย์ผู้ใช้มากกว่า 5 ราย กรุณาทำเป็นเอกสารแนบ)		
		)
		วิชา
กรณีสั่งยาดังกล่าวมาในใบสั่งยา กรุณาเขียนชื่อยา และเติม "( กรณีสิ้นสุดการทดลองใช้ยา กรุณาสรุปผลการใช้ยาในแบบประเมิ 	นผลการทดลองใช้ยาส่งใ 	ห้ฝ่ายเภสัชกรรมด้วย 
ความเห็นของประธานคณะอนุกรรมการพิจารณารายการยา	1	
🗖 เรียนหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการ		
🗖 อื่นๆ		
	(ศาสตราจารย์ นา	ยแพทย์วินัย วนานุกูล)
	ประธานคณะอนุกร	รมการพิจารณารายการยา
	วันที่	

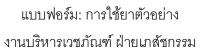


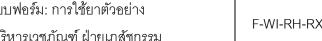


# แบบฟอร์ม: การใช้ยาตัวอย่าง งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

### <u>รายละเอียดของยา</u>

•••
ร





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

# แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อก	าารค้า (ชื่อสามัญ)							
บริเ	ษัทยา							
ประ	ะเภทยา 🗆 ยาต้นแบบ 🗆 Fi	rst Generic	🗆 ยาสามัญ หรือ	ชีววัตถุ				
เอกสาร	รายการย	า		Check list	หมายเหตุ			
1	แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอ	ย่างเข้าในบัญชียา						
	ของโรงพยาบาลรามาธิบดี							
2	แบบฟอร์มการใช้ยาตัวอย่าง							
3	ข้อมูลทั่วไปของผลิตภัณฑ์							
	3.1 ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนยา							
	- ใบทย 1 (ทั้งด้านหน้าและหลัง)							
	- ใบทย 2 ทย 3 หรือ ทย 4 (ทั้งด้านหน้	้าและหลัง )						
	3.2 เอกสารกำกับยา (ต้องเป็นฉบับที่ให้ข้อมู	ลกับบุคลากรทางกา	ารแพทย์)					
	- ภาษาไทยฉบับเต็ม							
	- ภาษาอังกฤษฉบับเต็ม							
	3.3 รูปภาพผลิตภัณฑ์ (รูปภาพ <b>สี เท่านั้น)</b>							
4	Clinical study (1-2 ฉบับ)							
5	แบบฟอร์มแบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไข	ที่กำหนด (พร้อมลง	านามรับทราบ)					
6	แบบฟอร์มประเมินผลการทดลองใช้ยาของแ	พทย์						
<u>หมายเห</u>	•							
1.	ต้องมีข้อมูลครบถ้วนมิฉะนั้นจะไม่สามารถด์							
2.	กรณีขอเพิ่มเติมรหัสแพทย์ เพื่อขอใช้ยาตัวเ	อย่าง สามารถ dov	vnload แบบฟอร์	มขอเพิ่มระหัส	แพทย์เพื่อ			
	ขอให้ยาตัวอย่าง (เพิ่มเติม) (F-WI-RH-RX-	023/04) ได้จาก Ir	nternet ฝ่ายเภสัช	กรรม และส่งจ์	ที่ธุรการฝ่าย			
	เภสัชกรรม							
	เจ้าหน้าที่บริษัทผู้ยื่นเอกสาร							
					)			
			วันที่					



### แบบฟอร์ม: การใช้ยาตัวอย่าง งานบริหารเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

### แบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด

- 1. บริษัทที่เสนอยายินดีนำยาตัวอย่างมาไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณผู้ป่วยที่ได้ตกลงไว้
- 2. การเสนอยาตัวอย่างไม่มีผลต่อการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
- 3. เมื่อทดลองใช้ยาครบปริมาณที่ตกลงแล้ว กรุณานำผลการทดลองการใช้ยามาส่งที่งานบริหาร เวชภัณฑ์ ก่อนการประชุมพิจารณารายการยา กรณีไม่มีผลการใช้ยา อาจส่งผลต่อการพิจารณายา เข้าโรงพยาบาล
- 4. กรณีที่ยาผ่านการพิจารณารับเข้าบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว บริษัทยินดีที่จะบริจาคยาจนกว่าทาง โรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ไม่ยืมยาก่อน) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 4 เดือนต่อรายการยา นับจาก วันที่ผ่านการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
- 5. กรณียาไม่เข้าโรงพยาบาล ขอให้บริษัทมารับยาคืนภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศผล
- 6. กรณีไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการอุทธรณ์ และพิจารณาตัดยา ออกจากโรงพยาบาล

	รับทราบและยินดีปฏิบัติ	
		ลงนาม
(		)
	ผู้จัดการ/ผู้แทนจำหน่าย	

เกณฑ์การปฏิบัตินี้รวมถึงรายการยาที่นำเสนอ Access Program รูปแบบให้ยาฟรีกับผู้ป่วยก่อน