เอกสารขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลวังเจ้า

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....มีความประสงค์ ขออนุมัติใช้ **ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลวังเจ้า** สำหรับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

HN..... ประเภทผู้ป่วย ☐ นอก ☐ ใน

สิทธิการรักษา ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ ชำระเงินเอง ☐ ต่างด้าว

☐ เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ☐ รัฐวิสาหกิจ/เบิกได้หน่วยงานรัฐ ☐ อื่น.....

ซึ่งป่วยเป็นโรค.....ขอใช้ยา/ความแรง.....

จำนวนที่ใช้.....ระยะเวลาที่ต้องการใช้.....

เหตุผลและความจำเป็นในการสั่งใช้.....

.....

.....

หรือได้ consult แพทย์เฉพาะทางจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

โรงพยาบาล.....เรียบร้อยแล้ว มีแผนการรักษาดังนี้.....

.....

.....

โดยรายการยาที่ขออนุมัตินี้เป็น

☐ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ☐ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)

ขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ให้ดำเนินการจัดหายารายการดังกล่าวแก่ผู้ป่วยรายนี้ด้วย

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

( )

ผลการอนุมัติ วันที่ .....

☐ ไม่อนุมัติ ☐ อนุมัติ โดยมีเงื่อนไข.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

( )

หมายเหตุ

1. ระยะเวลาการดำเนินการจัดหายาประมาณ 1-3 วัน เมื่อได้รับเอกสารที่ผ่านการอนุมัติ (ยกเว้นยากู้ชีพ ต้านพิษ)
2. กรณียาสำหรับโรคเรื้อรัง ขอความร่วมมือในการเสนอความต้องการครั้งละไม่เกิน 3 เดือน
3. นอกเวลาราชการจะดำเนินการได้เมื่อเป็นวัน-เวลาราชการ (จึงค่อยนับระยะเวลาการจัดหา)