



แบบฟอร์ม: การให้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-020/01, Rev.00

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา

เนื่องจาก สาขาวิชา ภาควิชา.....
จะขอใช้ยาตัวอย่างเพื่อ.....
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 กรุณาสรุปผลการใช้ยาในรูปแบบประเมินผลการทดลองใช้ยาส่งให้ฝ่ายเภสัชกรรมด้วย

ความเห็นของประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา
 เรียนหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการ
 อื่นๆ

.....
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย วนานุกุล)
ประธานคณะกรรมการพิจารณารายการยา
วันที่.....



แบบฟอร์ม: การให้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-020/01, Rev.00

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

Distributor.....

Principle/Manufactures.....

ผู้แทนยา หมายเลขโทรศัพท์.....

บริษัท



แบบฟอร์ม: การให้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-020/01, Rev.00

แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลรามธิบดี

ชื่อการค้า (ชื่อสามัญ).....

บริษัท.....

ประเภทยา ยาต้นแบบ First Generic ยาสามัญ หรือ ชีววัตถุ

เอกสาร	รายการยา	Check list	หมายเหตุ
1	แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลรามธิบดี		
2	แบบฟอร์มการให้ยาตัวอย่าง		
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 เพื่อขอให้ยาตัวอย่าง สามารถ download แบบฟอร์มขอเพิ่มรหัสแพทย์เพื่อขอให้ยาตัวอย่าง (เพิ่มเติม) (F-WI-RAISO-RX-023/04) ได้จาก Internet ฝ่ายเภสัชกรรม และส่งที่ธุรการฝ่ายเภสัชกรรม

เจ้าหน้าที่บริษัทผู้ยื่นเอกสาร

(.....)

วันที่.....



แบบฟอร์ม: การให้ยาตัวอย่าง
งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม

F-WI-020/01, Rev.00

แบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด

1. บริษัทที่เสนอขายยาคืนนำยาตัวอย่างมาไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณผู้ป่วยที่ได้ตกลงไว้
2. การเสนอยาตัวอย่างไม่มีผลต่อการพิจารณาจ่ายยาเข้าโรงพยาบาล
3. เมื่อทดลองใช้ยาครบปริมาณที่ตกลงแล้ว กรุณานำผลการทดลองการใช้ยามาส่งที่งานบริหารเภสัชภัณฑ์ ก่อนการประชุมพิจารณารายการยา กรณีไม่มีผลการใช้ยา อาจส่งผลต่อการพิจารณาจ่ายยาเข้าโรงพยาบาล
4. กรณีที่ยาผ่านการพิจารณารับเข้าบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว บริษัทยินดีที่จะบริจาคยาจนกว่าทางโรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 (ไม่ย้อนมาก่อน) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 4 เดือนต่อรายการยา นับจากวันที่ผ่านการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
5. กรณียาไม่เข้าโรงพยาบาล ขอให้บริษัทมารับยาคืนภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศผล
6. กรณีไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการอุทธรณ์ และพิจารณาตัดยาออกจากโรงพยาบาล

รับทราบและยินดียินดีปฏิบัติ

.....ลงนาม
(.....)

ผู้จัดการ/ผู้แทนจำหน่าย

เกณฑ์การปฏิบัตินี้รวมถึงรายการยาที่นำเสนอ Access Program รูปแบบให้ยาฟรีกับผู้ป่วยก่อน