



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลท่าสองยาง กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โทรฯ 119,120,136

ที่ ตก 0032.3/พิเศษ

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติใช้ยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ได้ทำการรักษาผู้ป่วยชื่อ.....

ซึ่งมารับการรักษาที่หอผู้ป่วย/ผู้ป่วยนอก.....

และผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา.....

เนื่องจาก(ระบุเหตุผลการสั่งใช้)

.....

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาภายในวันที่..... เวลา.....

ประมาณความต้องการใช้ครั้งนี้จำนวน.....เม็ด/แคปซูล/ampule/vial

ราคาโดยประมาณ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

(.....)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ความเห็นชอบจากคณะกรรมการลงนามอนุมัติขอใช้ยาฯ

(ลงชื่อ) ประธานกรรมการ

(พญ.หทัยรัตน์ อีวสกุล)

(ลงชื่อ) กรรมการ

(พญ.วิรัชญา ชัยวีระวัฒน์)

(ลงชื่อ) กรรมการ

(นพ.เจษฎาภูมิ บุญช่วย)

(ลงชื่อ) กรรมการ

(นางนภัสนันท์ ยิ่งทวีศักดิ์)

กรณีคณะกรรมการไม่อยู่

สามารถให้แพทย์ท่านอื่นลงนามแทนได้ 2 ท่าน

(ลงชื่อ) แพทย์

(.....)

(ลงชื่อ) แพทย์

(.....)

ทั้งนี้ ในการสั่งยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องมีแพทย์ลงนามกำกับอย่างน้อย 2 ท่าน และเมื่อมีการสั่งใช้และเรียกเก็บเงิน ให้ห้องเก็บเงินโทรติดต่อคุณนภัสนันท์ ยิ่งทวีศักดิ์ ทุกครั้ง