

แบบฟอร์มการเสนอเวชภัณฑ์ที่มีไชยา ปกติ เร่งด่วน  
กลุ่มงานพัสดุ โรงพยาบาลพัทลุง

เลขที่รับ.....  
วันที่...../...../.....

คำชี้แจง : เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเวชภัณฑ์ที่มีไชยา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ หากไม่มีข้อมูลในข้อใดโปรดกรอกว่า  
“ไม่มีข้อมูล” หากกรอกข้อมูลไม่ครบคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีไชยา ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่พิจารณา  
เวชภัณฑ์ที่มีไชยา รายการนี้

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป**

- ชื่อสามัญ (Generic name)
  - ชื่อภาษาไทย.....
  - ชื่อภาษาอังกฤษ.....
- ชื่อการค้า (Trade name).....
- รูปแบบเวชภัณฑ์ที่มีไชยา / ขนาดบรรจุ.....
- ชื่อบริษัทผู้ผลิตและประเทศที่ผลิต.....
- ชื่อบริษัทผู้เสนอเวชภัณฑ์ที่มีไชยา.....
- ชื่อผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มีไชยาและเบอร์โทรติดต่อ.....
- ราคาสุทธิต่อหน่วย (รวมภาษีแล้ว).....
- ปริมาณการจัดซื้อเริ่มต้น กรณีเวชภัณฑ์ผ่านการอนุมัติ จำนวน.....
- ปริมาณการใช้เวชภัณฑ์ที่มีไชยาต่อเดือน ประมาณการ จำนวน.....
- จัดอยู่ในประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค  
รหัสเบิก กบก. .... เบิกได้ .....
- รพ.ที่มีการใช้เวชภัณฑ์ที่มีไชยา.....

**ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเวชภัณฑ์ที่มีไชยาโดยละเอียด** (โดยแนบคุณลักษณะเฉพาะ,ใบเสนอราคาที่ต้องการมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ด้วย)

ผู้เสนอได้ตรวจสอบและลงนามรับรองเอกสารคุณลักษณะเฉพาะ (specification) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

**ส่วนที่ 3 : เหตุผลการเสนอเวชภัณฑ์ที่มีไชยา**

- เวชภัณฑ์ในกลุ่มเดียวหรือใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในโรงพยาบาล  
[ ] ไม่มี [ ] มี คือ .....  
บริษัทที่มีเวชภัณฑ์ที่มีไชยาชนิดดังกล่าวอื่น นอกเหนือจากผู้จัดจำหน่ายที่เสนอ (คู่เทียบ)
  - ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท ..... ราคา.....
  - ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท ..... ราคา.....
  - ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท ..... ราคา.....
- รูปแบบการคิดค่าใช้จ่ายจากการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไชยานี้ โดยผลิตภัณฑ์ ใช้สำหรับ  OPD  IPD  OPD&IPD  
[ ] เบิกได้ตามสิทธิ  สปสช.  กรมบัญชีกลาง  ปกส.  อื่นๆ .....  
[ ] ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง  
[ ] Co-payment เนื่องจาก.....
- เหตุผลในการเสนอเวชภัณฑ์ที่มีไชยาเข้าโรงพยาบาล (ระบุเหตุผลโดยละเอียด)
  - 2.1.....
  - 2.2.....
  - 3.3.....

4. ราคา/ COURSE /วัน .....

5. Unit cost (แบบเอกสารเพิ่มเติมการคำนวณ) .....

6. การทดลองใช้

- วอร์ด.....

- ระหว่างวันที่ .....

- จำนวนเคส .....

7. ผู้ทดลองใช้

- ความเห็น/ ผลการการทดลองใช้.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ทดลองใช้

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน IC

#### ส่วนที่ 4 : รายละเอียดของผู้เสนอ

1. กลุ่มงานที่เสนอ.....

2. ลงนามผู้เสนอ.....วันที่.....

3. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน [ ] เห็นด้วย [ ] ไม่เห็นด้วย เนื่องจาก.....

.....

4. ลงนามหัวหน้ากลุ่มงาน.....วันที่.....

#### ส่วนที่ 5 :การพิจารณาเวชภัณฑ์มีใช้ยากรณีเร่งด่วน

ผลการพิจารณา  อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ประธานคณะกรรมการเวชภัณฑ์มีใช้ยา

หมายเหตุ

1. กำหนดวาระเสนอเวชภัณฑ์มีใช้ยาเข้าใหม่ ปีละ 1 ครั้ง

2. ใช้แบบฟอร์มเสนอเวชภัณฑ์มีใช้ยาของกลุ่มงานพัสดุ โรงพยาบาลพัทลุงเท่านั้น

3. ผู้เสนอเวชภัณฑ์เข้าแสดงความจำนง โดยขอแบบฟอร์มได้ที่กลุ่มงานพัสดุ

4. จัดส่งแบบฟอร์มซึ่งกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ณ กลุ่มงานพัสดุ

กรณีเวชภัณฑ์มีความเร่งด่วน กลุ่มงานพัสดุ รวบรวมข้อมูลเสนอประธานคณะกรรมการเวชภัณฑ์มีใช้ยา

กรณีปกติกลุ่มงานพัสดुरวบรวมข้อมูลเพื่อทำวาระเข้าพิจารณาในที่ประชุม MPC

10/07/2567