



โรงพยาบาล  
จุฬารัตน์

เอกสารที่ 1  
สำหรับแพทย์

## แบบบันทึกเสนอยาเข้าบัญชียา โรงพยาบาลจุฬารัตน์

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ หากไม่มีข้อมูลในข้อใดโปรดกรอก “ไม่มีข้อมูล” หากกรอกไม่ครบถ้วนคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญตามกลุ่มยา/คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่พิจารณารายการนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลยาทั่วไป

ยาใหม่ (new generic name)

ยารูปแบบ/ขนาดใหม่ (new dosage form/strength)

1.1. ชื่อสามัญทางยา (Generic name).....

1.2. ชื่อการค้า (Trade name).....

1.3. บริษัทผู้จำหน่าย.....

1.4. รูปแบบและความแรง.....

1.5. บัญชียา (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน)

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุ).....  ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.6. ข้อบ่งใช้ของยาใหม่ที่เสนอ และวิธีใช้ยา

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

1.7. แนวทางการใช้ยานี้ในประเทศไทย (Thai Guideline)

ไม่มี

มี (โปรดแนบเอกสาร)

1.8. แนวทางการใช้ยานี้ในต่างประเทศ (International Guideline)

ไม่มี

มี (โปรดแนบเอกสาร)

**ส่วนที่ 2** เหตุผลการเสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลและข้อเสนอแนะการใช้ยา

2.1. ยาในกลุ่มเดียวกัน (มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกันหรือยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันหรือเทียบเคียงกัน)  
ในบัญชียาโรงพยาบาล

[ ] ไม่มี

[ ] มี ได้แก่

1.) ..... 2.) .....

3.) ..... 4.) .....

2.2. เหตุผลที่เสนอยานี้และข้อเปรียบเทียบกับยาอื่นในกลุ่มเดียวกันที่มีในบัญชียาโรงพยาบาล  
(กรณีระบุประโยชน์ที่ผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลจะได้รับ)

2.2.1. ด้านประสิทธิภาพ

.....  
.....  
.....  
.....

2.2.2. ด้านความปลอดภัย

.....  
.....  
.....  
.....

2.2.3. ด้านความสะดวกในการบริหารยาหรือค่าใช้จ่าย

.....  
.....  
.....  
.....

2.3. ข้อควรระวังหรือข้อจำกัดของยาที่เสนอ

.....  
.....  
.....  
.....

2.4. ตัวชี้วัดสำหรับติดตามประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยานี้

.....  
.....  
.....

2.5. ยาใหม่ที่เสนอเข้าบัญชียาสามารถทดแทนยาเดิมหรือตัดยาเดิมออกจากบัญชียา ได้หรือไม่

[ ] ไม่สามารถทดแทนหรือตัดยาเดิมออกได้

[ ] สามารถทดแทนหรือตัดยาเดิมออกได้ (ระบุ).....

2.6. จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้ยานี้ต่อปี ประมาณ.....คน

2.7. ข้อเสนอแนะเพื่อให้มีการใช้ยาสมเหตุผล (เงื่อนไขการสั่งใช้ยา)

2.7.1. กำหนดข้อบ่งใช้

[ ] ไม่กำหนด

[ ] กำหนดข้อบ่งใช้ดังนี้.....

2.7.2. กำหนดแพทย์ผู้สั่งใช้

[ ] ไม่กำหนด

[ ] กำหนด สั่งได้เฉพาะแพทย์สาขา.....

2.7.3. เงื่อนไขการเบิกจ่าย (สิทธิการรักษา)

[ ] ไม่กำหนด

[ ] เฉพาะสิทธิ.....

[ ] เบิกไม่ได้ทุกกรณี

2.7.4. ปริมาณการสั่งต่อบีบสั่งยาหรือต่อคอร์สการรักษา

[ ] ไม่กำหนด

[ ] กำหนดให้สั่งได้ไม่เกิน.....

2.7.5. เงื่อนไขอื่น ๆ (ระบุ).....

ยารายการนี้เสนอผ่านการประชุมสาขา..... เมื่อวันที่.....

ความเห็นจากที่ประชุม.....

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้เสนอยา

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ร่วมเสนอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....แพทย์หัวหน้าสาขา

(.....)

วันที่.....