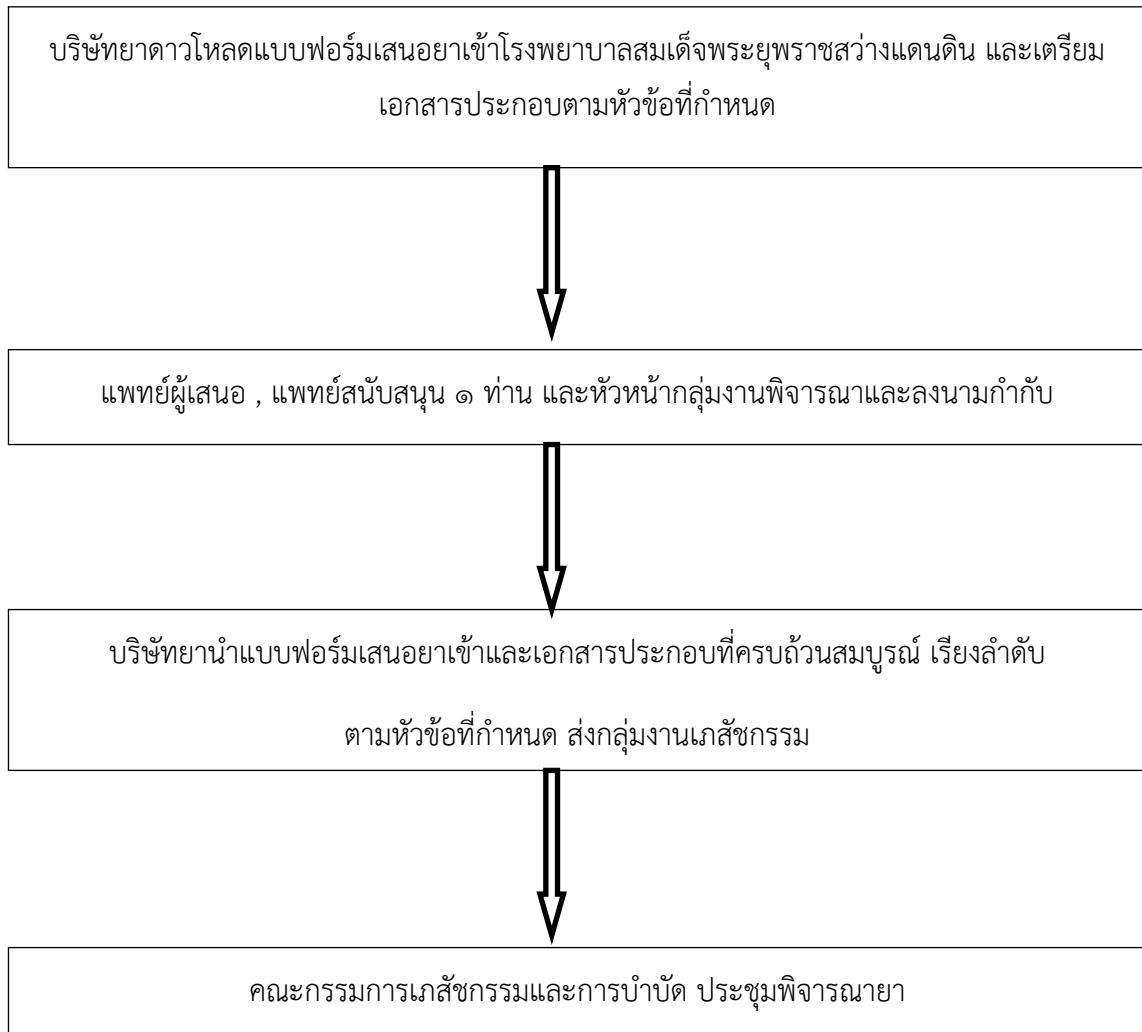


ขั้นตอนการเสนอ และพิจารณาเข้าใหม่ในบัญชียาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน



หมายเหตุ : แบบฟอร์มการเสนอยาเข้าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และเอกสารประกอบการเสนอยาเข้า สามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://www.sawanghospital.com/sawang/home.php> ==> ดาวโหลดเอกสารโรงพยาบาล เรื่องขั้นตอนและเอกสารประกอบการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล

ชื่อยา.....ลำดับ.....กลุ่มที่.....
เสนอ ๑.....๒.....กลุ่มงาน.....

รายการเอกสารประกอบการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปี ๒๕๕๕

- () ๑. แบบฟอร์มเสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ส่วนที่ ๑ (ส่วนของแพทย์)
- () ๒. สำเนาแบบฟอร์มเสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ส่วนที่๑ (ส่วนของแพทย์)
- () ๓. แบบฟอร์มเสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ส่วนที่ ๒ (ส่วนของผู้แทนจำหน่าย)
- () ๔. เอกสารอ้างอิงการทดลองใช้ยาในประเทศไทย (ถ้ามี)
- () ๕. เอกสารอ้างอิงอื่นๆ (ถ้ามี)
- () ๖. สำเนาใบขึ้นทะเบียนตำรับ
- () ๗. สำเนา Certificate of pharmaceutical products
- () ๘. สำเนาใบรับรอง G.M.P. หรือ PICS ตามประเภทผลิตภัณฑ์ที่เสนอเข้า
- () ๙. คำรับรองว่ายานี้มีจำหน่ายในประเทศที่ผลิต (กรณีเป็นยาที่ผลิตในต่างประเทศ)
- () ๑๐. สำเนาเอกสารกำกับยาตามที่ยื่นทะเบียนกับ อย.
- () ๑๑. สำเนารับรองรุ่นการผลิตจากกรมวิทย์ (เฉพาะชีววัตถุ)
- () ๑๒. สำเนา Finished product specification (FPS)
- () ๑๓. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ พร้อมตารางเปรียบเทียบกับมาตรฐานเภสัชตำรับที่อ้างอิงใน FPS
- () ๑๔. สำเนาข้อกำหนดมาตรฐานเภสัชตำรับฉบับที่อ้างอิงใน FPS และฉบับปัจจุบัน
- () ๑๕. สำเนาแสดงมาตรฐานห้องปฏิบัติการของสถาบันที่วิเคราะห์ผลิตภัณฑ์
- () ๑๖. สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ของกรมวิทยาศาสตร์ หรือห้องปฏิบัติการของสถาบันรัฐบาล (ถ้ามี)
- () ๑๗. สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ของโรงงานผู้ผลิต
- () ๑๘. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพของวัตถุดิบและหลักฐานระบุแหล่งที่มา พร้อมตารางเปรียบเทียบกับมาตรฐานเภสัชตำรับ
- () ๑๙. สำเนา Certificate of analysis ของวัตถุดิบจากผู้ผลิตยา
- () ๒๐. สำเนา Certificate of analysis ของวัตถุดิบจากผู้ผลิตวัตถุดิบ
- () ๒๑. สำเนาแสดงมาตรฐานห้องปฏิบัติการของสถาบันที่วิเคราะห์วัตถุดิบ
- () ๒๒. สำเนา Dissolution Profile
- () ๒๓. สำเนาเอกสารแสดงผลการศึกษา Long Term Stability
- () ๒๔. สำเนารายงานการศึกษาชีวสมมูล (กรณีเป็นยา Generic)
 - () ๒๔.๑ สำเนารับรองจากอย. ในการยอมรับการทำจากต่างประเทศ () ๒๔.๒ สำเนาเอกสาร GCP/GLP
- () ๒๕. สำเนาแสดงเป็นรายการยาใน Orange Book ของ U.S. FOA หรือ ของอย. หรือ Green Book ของกรมวิทย์ฯ (กรณีเป็นยา Generic)
- () ๒๖. ใบรับรองว่า ผู้แทนจำหน่ายยินดีที่จะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการส่งยาที่เสนอเข้าเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพ
- () ๒๗. สำเนาใบส่งของหรือหลักฐานอื่นใดระบุผู้ส่งชื่อยาที่เสนอเข้าเป็นสถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง
- () ๒๘. แบบแผนการศึกษาผลการใช้ยาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน (กรณีไม่มีเอกสารข้อ ๒๗)
- () ๒๙. ใบรับรองยินยอมให้แลกเปลี่ยนยาที่เหลือทั้งหมดจากการศึกษาผลการใช้ยาหากไม่ผ่านหลักเกณฑ์เป็นยาอื่น
- () ๓๐. ใบเสนอราคาสุทธิรวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วและกำหนดยี่นราคาไม่น้อยกว่า ๑ ปีนับจากวันที่ได้รับการพิจารณาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
- () ๓๑. ภาพถ่ายสีหรือสำเนาภาพถ่ายสี ของรูปลักษณะยาหรือภาชนะบรรจุ

แบบฟอร์มเสนอยาเข้าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

(ส่วนที่ ๑ : แพทย์)

เรียน คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

ข้าพเจ้า _____ และ _____

งาน _____ กลุ่มงาน _____

ขอเสนอยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน ๑ รายการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ชื่อการค้า (Trade Name) _____

๒. ชื่อยาสามัญ (Generic Name) _____

๓. รูปแบบ (Dosage Form) _____

๔. ขนาดหรือความแรง _____

๕. ปริมาณที่คาดว่าจะใช้/เดือน _____

๖. บัญชียา (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน) อยู่ในบัญชียาหลักกลุ่มที่..... ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก

๗. กลุ่มยาทางเภสัชวิทยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ _____

๘. กลุ่มยาทางเภสัชวิทยา _____

๙. ข้อบ่งใช้ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจาก ออย. และวิธีใช้ _____

๑๐. ชื่อบริษัทผู้ผลิต _____ ผู้แทนจำหน่าย _____

๑๑. ราคา (รวม VAT) _____ บาท / ขนาดบรรจุ _____ ราคา (รวม VAT)/หน่วยย่อย _____

ลดหย่อน _____ % ราคา (รวม VAT) สุทธิรวมลดหย่อน/หน่วยย่อย _____

๑๒. เหตุผลที่เสนอยานี้และข้อเปรียบเทียบกับยาขนาดอื่นในกลุ่มเดียวกันที่มีใช้ในโรงพยาบาล

๑๓. ผลการใช้ยา _____

จำนวนแพทย์ที่ทดลอง _____ คน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา _____ คน จำนวนยาที่ได้ทดลอง _____

๑๔. ยาขนาดอื่นหรือยาในกลุ่มเดียวกันที่เสนอตัดออกจากบัญชีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน (พร้อมเหตุผล) _____

๑๕. ยาอื่นในกลุ่มเดียวกันที่สามารถใช้แทนยาที่เสนอตัดออกจากบัญชีได้และมีใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน หรือกำลังเสนอเข้า _____

๑๖. สรุปผลการพิจารณาของกลุ่มงาน _____

๑๗. หมายเหตุ _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผู้เสนอ _____ แพทย์
(_____)

ผู้เสนอ _____ แพทย์
(_____)

ผู้รับรอง _____ หัวหน้ากลุ่มงาน
(_____)

ผู้รวบรวม _____ เภสัชกร
(_____)

แบบฟอร์มเสนอยาเข้าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

(ส่วนที่ ๒ : ผู้แทนจำหน่าย)

๑. ชื่อการค้า (Trade Name)
๒. ชื่อยาสามัญ (Generic Name)
๓. ชื่อบริษัทผู้ผลิตและประเทศผู้ผลิต (Manufacture and Country of Origin)
๔. ผู้แทนจำหน่ายในประเทศไทย (Distributor)
๕. ลักษณะทั่วไปของยา (Product Description)
 - ๕.๑ จำพวกของยา (Classification)
 - ๕.๒ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่ และมีราคากลางเท่าไร
 - ๕.๓ ส่วนประกอบทางเคมี (Active Ingredients)
 - ๕.๔ รูปแบบของยา (Dosage Form)
 - ๕.๕ อายุของยา (Shelf Life)
 - ๕.๖ ขนาดบรรจุของยาและราคา (Unit Quantity and Price)
 - ๕.๗ การเก็บรักษา (Storage Condition)
 - ๕.๘ อื่นๆ (Others)
๖. คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคลินิก (Clinical Pharmacology of Drug)
 - ๖.๑ ข้อบ่งใช้ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจาก อย. (Indications)
 - ๖.๒ การออกฤทธิ์ทางยา (Pharmacological Actions)
 - ๖.๓ ข้อมูลทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)
 - ๖.๔ ขนาดและวิธีทางการใช้ยา (Dose and Route of Administrations)
 - ๖.๕ ข้อห้ามใช้ (Contraindications)
 - ๖.๖ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions)
 - ๖.๗ ปฏิกริยาระหว่างกันของยา/อาหาร/โรค (Interactions)
 - ๖.๘ ความไม่เข้ากันกับยาอื่น (Drug Incompatibility)
 - ๖.๙ ข้อควรระวัง (Warning and Precautions)
 - ๖.๙.๑ การใช้ยาในสตรีมีครรภ์และสตรีในระยะให้นมบุตร (Usage in Pregnancy and lactation)
 - ๖.๙.๒ การใช้ยาในเด็ก (Usage in Pediatrics)
 - ๖.๙.๓ อื่นๆ (Others)
 - ๖.๑๐ อื่นๆ (Others)
๗. ข้อมูลแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานี้
๘. ข้อมูลสรุปผลการวิจัยทางคลินิก (RCT และ meta-analysis) ที่เกี่ยวกับประสิทธิผล (Efficacy/effectiveness) และความปลอดภัยของยา (ดังตารางที่ ๑)
๙. ข้อมูลสรุปผลการวิเคราะห์ด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ (Pharmacoeconomic) (ดังตารางที่ ๒)
๑๐. ตารางเปรียบเทียบยาที่เสนอ กับยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน หรือเทียบเคียงกันทั้งหมด (ดังตารางที่ ๓)
๑๑. เหตุผลในการนำเสนอยาเข้า เมื่อเปรียบเทียบกับยาที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน
๑๒. ลงชื่อตัวแทนผู้แทนจำหน่าย ตำแหน่งและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

หมายเหตุ : กรุณาพิมพ์เรียงตามลำดับหัวข้อที่กำหนดเป็นภาษาไทย ลงบนกระดาษ A๔ ไม่จำกัดจำนวนหน้ากระดาษ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลสรุปผลการวิจัยทางคลินิก (RCT และ meta-analysis) ที่เกี่ยวกับประสิทธิผล (Efficacy/effectiveness) และความปลอดภัยของยา

การศึกษา	การศึกษาที่ ๑	การศึกษาที่ ๒	การศึกษาที่ ๓
หัวข้อ			
คณะผู้ศึกษา			
ปีที่ศึกษา			
ประเทศที่ศึกษา			
วัตถุประสงค์			
รูปแบบการศึกษา			
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา			
ยาที่ศึกษา <ul style="list-style-type: none"> - ขนาด - ความถี่ในการบริหารยา - ระยะเวลาเฉลี่ยในการบริหารยา 			
ตัวเปรียบเทียบ (Comparator)			
ผลลัพธ์ (Outcome)			
Number needed to treat			
สรุปผลการศึกษา			
เอกสารอ้างอิง			

ตารางที่ ๒ ข้อมูลสรุปผลการวิเคราะห์ด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ (Pharmacoeconomic)

การศึกษา	การศึกษาที่ ๑	การศึกษาที่ ๒	การศึกษาที่ ๓
หัวข้อ			
คณะผู้ศึกษา			
ปีที่ศึกษา			
ประเทศที่ศึกษา			
วัตถุประสงค์			
รูปแบบการศึกษา			
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา			
ยาที่ศึกษา - ขนาด - ความถี่ในการบริหารยา - ระยะเวลาเฉลี่ยในการบริหารยา			
ตัวเปรียบเทียบ (Comparator)			
ผลลัพธ์ (Outcome)			
สรุปวิธีการประเมินเภสัชเศรษฐศาสตร์ - ประเภทของการประเมินเภสัชเศรษฐศาสตร์ - ชนิดของแบบจำลอง (Model) - มุมมองของการศึกษา (Perspective) - อัตราลด (Discount rate)			
อัตราส่วนต้นทุนผลิตผลส่วนเพิ่ม (ICER)			
เอกสารอ้างอิง			

ตารางที่ ๓ ตารางเปรียบเทียบยาที่เสนอ กับยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน หรือเทียบเคียงกันทั้งหมด

หัวข้อ	ชื่อการค้ายาที่เสนอ	ชื่อการค้ายาอื่นที่มี ข้อบ่งใช้เดียวกัน	ชื่อการค้ายาอื่นที่มี ข้อบ่งใช้เดียวกัน
ชื่อสามัญ			
รูปแบบ/ความแรง			
ED/Non-ED			
กลุ่มยา			
กลไกการออกฤทธิ์			
ข้อบ่งใช้ที่ได้รับอนุมัติขึ้น ทะเบียนจาก อย.			
ขนาด/วิธีการบริหารยา			
ค่าครึ่งชีวิต			
อาการอันไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา			
ข้อห้ามใช้			
กลุ่มการใช้ยาในสตรีมี ครรภ์			
การเก็บรักษา			
ราคาขายต่อหน่วย (บาท) (รวม VAT ๗ %)			
ราคาขายต่อคอร์สการ รักษา (บาท)			

ข้อมูลสำหรับงานเภสัชสนเทศ

๑. ชื่อสามัญ - ชื่อการค้า - บริษัทผู้ผลิต - ผู้แทนจำหน่าย _____
๒. รูปแบบ - ความแรง _____
๓. บัญชียา (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน) อยู่ในบัญชียาหลักกลุ่มที่..... ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก
๔. กลุ่มยาทางเภสัชวิทยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ _____
๕. คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา _____

คุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์(Pharmacokinetics) _____

คุณสมบัติทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) _____

๖. ข้อบ่งใช้ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจาก อย. _____
๗. ขนาดยา และวิธีการบริหารยา _____
๘. ข้อสรุปของข้อมูลเปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่ในโรงพยาบาล _____
๙. ข้อมูลเรื่องการเก็บให้พ้นแสง ต้อง ไม่ต้อง อื่นๆ ระบุ _____

References: _____

เพิ่มเติม (ไม่ต้องกรอก) _____

๑๐. อุณหภูมิที่ใช้เก็บยาก่อนเปิดใช้ _____ °C

สถานที่เก็บยาก่อนเปิดใช้ ตู้เย็นช่อง _____ อุณหภูมิห้อง(๒๕-๓๐°C) อื่นๆ ระบุ _____

กรณีที่บริษัทแนะนำว่าเก็บที่ต่ำกว่า ๒๕°C โรงพยาบาลขอข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ คือ ควรเก็บยาในที่

ตู้เย็นช่องธรรมดา โดยมีข้อพิสูจน์แล้วว่า อุณหภูมิ ๒-๘°C ไม่มีผลต่อความคงตัวของยา (แนบมาพร้อมเอกสาร)

อุณหภูมิห้องได้ (๒๕-๓๐°C) โดยมีข้อมูลเพิ่มเติม คือ _____

อื่นๆ _____

ข้อมูลความคงตัวของยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น กรณีที่ไม่ได้เก็บในตู้เย็น _____

๑๑. อายุของยาหลังเปิดใช้แล้ว _____

๑๒. การผสมผงยา/เจือจาง (เฉพาะยาฉีด) และความคงตัวหลังผสม _____

๑๓. ข้อมูลเกี่ยวกับการหักบดเคี้ยวยา _____

๑๔. คำแนะนำที่ต้องให้กับผู้ป่วยเมื่อมีการใช้ยานี้ _____

๑๕. ข้อมูลการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์/ให้นมบุตร _____

๑๖ ข้อมูลปฏิกิริยาระหว่างยา/อาหาร/โรค _____

ผู้ให้ข้อมูล _____ ตำแหน่ง _____ เบอร์ติดต่อ _____

วันที่ _____ / _____ / _____

หมายเหตุ : กรุณาแนบเอกสารอ้างอิงที่จำเป็น

เอกสารแนบ ๒

ระเบียบปฏิบัติเรื่องการนำยาตัวอย่างเพื่อทดลองใช้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

๑. ผู้แทนยาขอแบบฟอร์มเสนอขอนำยาตัวอย่างเพื่อทดลองใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินได้ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมหรือสามารถดาวโหลดได้ที่ จาก <http://www.sawanghospital.com/sawang/home.php> ==> ดาวโหลดเอกสารโรงพยาบาล เรื่องขั้นตอนและเอกสารประกอบการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล
๒. ผู้แทนยารอกรายละเอียดในแบบฟอร์ม ส่วนที่ ๑ แพทย์ผู้ต้องการใช้ยากรอกในแบบฟอร์มส่วนที่ ๒ จำนวนที่ต้องการให้วางยาตัวอย่าง หัวหน้ากลุ่มงานลงชื่อให้ความเห็นชอบ
๓. นำเอกสารส่งที่กลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อขออนุมัติในแบบฟอร์มส่วนที่ ๓
๔. ผู้แทนยานำแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลสมบูรณ์ครบทั้ง ๓ ส่วน พร้อมยาตัวอย่างติดต่อกับงานคลังยากุ่มงานเภสัชกรรม
๕. งานคลังยาสร้าง Code ยาตัวอย่าง ดังนี้ ชื่อยา (S) พร้อมรับยาตัวอย่างเพื่อเก็บไว้ในคลังยา และแจ้งเวียนให้ห้องจ่ายยาทราบ
๖. แพทย์สั่งจ่ายยาได้ตามระบบปกติ

แบบฟอร์มเสนอขออนำยาตัวอย่างเพื่อทดลองใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ส่วนที่ ๑ : บริษัทกรอกรายละเอียด

- ชื่อสามัญ (Generic Name)
 - ชื่อการค้า (Trade Name).....
 - ขนาดยา/รูปแบบ/ขนาดบรรจุ/ราคา
 - ชื่อผู้ผลิต/ผู้นำเข้าผู้แทนจำหน่าย.....โทร.....
 - ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนยา
 - () ได้รับความเห็นชอบแบบไม่มีเงื่อนไข เมื่อ.....Reg. No.....
 - () ได้รับความเห็นชอบแบบมีเงื่อนไข (NC) เมื่อ.....Reg. No.....
 - ยายู่ระหว่าง Safety Monitoring Program (SMP) () ใช่ () ไม่ใช่
 - ลักษณะยา
 - ๑. Classification.....
 - ๒. Active Ingredients.....
 - ๓. Shelf life.....
 - คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา
 - ๑. Mechanism of actions
 -
 -
 - ๒. Indications
 -
 -
 - ๓. Adverse reactions.....
 -
 -
 - ๔. Drug interactions.....
 -
 -
 - ๕. Contraindications.....
 -
 -
 - ๖. Dosage regimens.....
 -
 -
- เหตุผลที่เสนอยานี้.....
- ลงชื่อผู้เสนอ.....(.....) (...../...../.....)

ส่วนที่ ๒ : ความเห็นแพทย์

ชื่อแพทย์ผู้เสนอยา.....กลุ่มงาน.....

แพทย์ผู้ใช้ยา () เฉพาะแพทย์ (ระบุชื่อ)

() เฉพาะแพทย์กลุ่มงาน.....

() แพทย์ทุกคน.....

จำนวนที่ต้องการให้วางยาตัวอย่าง.....

ลงชื่อแพทย์ผู้เสนอ.....(...../...../.....)

ความเห็นชอบของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

ลงชื่อหัวหน้ากลุ่ม.....(...../...../.....)

ส่วนที่ ๓ : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เหตุผล.....

ลงชื่อประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

(...../...../.....)

แบบฟอร์มเสนอวางตัวอย่างเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเพื่อทดลองใช้ใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ส่วนที่ ๑ บริษัทรกรายละเอียด

- ชื่อสินค้า.....
- ใช้สำหรับ.....
- รูปแบบ/ขนาดบรรจุ/ราคา.....
- จำนวนตัวอย่างทดลอง.....ระยะเวลาทดลองใช้.....
- ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อจำหน่ายสินค้าในประเทศ
() ได้รับความเห็นชอบ
() กำลังดำเนินการ

ส่วนที่ ๒ สถานที่ให้ทดลองใช้ตัวอย่างเวชภัณฑ์ที่มีไซยา

- แผนก/งาน.....
- กลุ่มงาน.....

ส่วนที่ ๓ ผู้เสนอวางตัวอย่าง(แพทย์/ทันตแพทย์/พยาบาล/นักกายภาพ/นักกิจกรรมบำบัด/นักกายอุปกรณ์)

- (๑) ชื่อ/นามสกุล/ตำแหน่ง.....ลงชื่อ.....
- (๒) ชื่อ/นามสกุล/ตำแหน่ง.....ลงชื่อ.....
- ความเห็นชอบของหัวหน้างาน.....
- ลงชื่อ.....(...../...../.....)
- ความเห็นชอบของหัวหน้ากลุ่มงาน.....
- ลงชื่อ.....(...../...../.....)

ส่วนที่ ๔ ผู้ประเมินตัวอย่างทดลองเวชภัณฑ์ที่มีไซยา

- () ผ่าน
- () ไม่ผ่าน เพราะ.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ชื่อผู้ประเมิน

(๑) ชื่อ/นามสกุล/ตำแหน่ง..... ลงชื่อ..... (...../...../.....)

(๒) ชื่อ/นามสกุล/ตำแหน่ง..... ลงชื่อ..... (...../...../.....)

แผนก/งาน..... กลุ่มงาน.....

ความเห็นชอบของหัวหน้างาน.....

() เห็นด้วย

() ไม่เห็นด้วย เพราะ.....

ลงชื่อ..... (.....) (...../...../.....)

ความเห็นชอบของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

() เห็นด้วย

() ไม่เห็นด้วย เพราะ.....

ลงชื่อ..... (.....) (...../...../.....)