**แบบเสนอยาใหม่เข้าใช้ในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ปีงบประมาณ 2568**

เลขที่รับ..............................................

วันที่....................................................

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง...............................................นามสกุล................................................................

 ขอเสนอยาเพื่อใช้ในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ชื่อยา (Generic name)....................................................................................................................................

2. ชื่อการค้า (Trade name).................................................................................................................................

3. ชื่อบริษัทผู้แทนจำหน่าย.....................................................................................................................................

4. ชื่อบริษัทผู้ผลิต..............................................................................ประเทศ........................................................

5. รูปแบบ 🗆 tab 🗆 cap 🗆 inj ระบุ IM/IV 🗆 Infusion

 🗆 syr 🗆 susp 🗆 vaccine 🗆 อื่นๆระบุ......................................................

6. ขนาดของยา (ความแรง)...................................................ขนาดบรรจุ...............................................................

7. ราคายา ระบุเป็นราคา/หน่วยบรรจุ (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม).......................................................................

8. ประเภทของยา 🗆 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ก / ข / ค / ง) เงื่อนไขการใช้ยา............................................

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

 🗆 ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

9. รหัสยา

 9.1 รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ........................................................................................................................

 9.2 รหัสยา GPU...............................................................................................................................................

 9.3 รหัสยา TPU...............................................................................................................................................

 10. ราคากลาง 🗆 ไม่มี

🗆 มี ระบุ ................................................................

11. คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

 11.1 ข้อบ่งใช้ (Indication)...............................................................................................................................

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

 11.2 ผลข้างเคียง (Side effect) ……………………………………………………………………………………………….………..

 11.3 ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ……………………………………………………………………………………………..….

 11.4 การออกฤทธิ์ (Action) ……………………………………………………………………………………………………………...

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

12. ข้อดีของยา........................................................................................................................................................

 13. ยาตัวนี้มีตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทย.................บริษัท (โปรดระบุ)……………………………………………………..

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

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

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

 14. ยารายการอื่นในโรงพยาบาลที่มีการออกฤทธิ์ใกล้เคียงกัน ...............................................................................

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

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

**เอกสารมี 2 หน้า กรุณาดูหน้าถัดไปด้วย**

15. เหตุผลในการเสนอยาเข้า

* + 15.1 ไม่มียาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนยานี้
	+ 15.2 มีประสิทธิภาพดีกว่ายาที่มีอยู่เดิม
	+ 15.3 มีความเป็นพิษน้อยกว่ายาที่มีอยู่เดิม
	+ 15.4 มีราคาต่ำกว่ายาที่มีอยู่เดิม (เช่นเมื่อเทียบต่อเม็ด )
	+ 15.5 อื่นๆ ระบุ.........................................................................................................................................

หากเลือก ข้อ 15.2 - 15.5 ต้องแนบเอกสารประกอบด้วย

16. เอกสารแนบประกอบการพิจารณา(ทำเครื่องหมาย ✔ในช่อง🗆 เฉพาะข้อที่ยื่นเอกสารเท่านั้น)

* + ใบเสนอราคา 1 ฉบับ (ราคาที่เสนอเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วและยืนราคา 1 ปี ตั้งแต่

1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568)

* + รูปภาพตัวยา และภาชนะบรรจุ ด้านหน้าและด้านหลัง (รูปสี)
	+ เอกสารแสดงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ผลข้างเคียง ข้อห้ามใช้
	+ คุณลักษณะของยา
	+ สำเนาเอกสารแสดงการเป็นตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทย 1 ฉบับ
	+ สำเนาใบ PIC/s GMP ของโรงงานผลิต
	+ สำเนาใบวิเคราะห์วัตถุดิบ (lot ที่ซื้อครั้งล่าสุด)
	+ สำเนาใบวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ (lot เดียวกับที่นำมาเป็นยาทดลอง)
	+ สำเนาใบวิเคราะห์ยาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสถานบันที่กรมวิทย์ฯ รับรอง (ครั้งล่าสุด)
	+ เอกสารแสดงการใช้ยาในโรงพยาบาลต่างๆ เช่น โรงพยาบาลสังกัดกทม./โรงเรียนแพทย์อย่างน้อย 1 แห่ง
	+ เอกสารแสดงถึงการศึกษาประสิทธิภาพของยา/ผลข้างเคียง/ความปลอดภัย/อื่นๆ
	+ เอกสารอื่นๆ ระบุ.......................................................................................................................................

17. จำนวนยาตัวอย่างที่มอบให้โรงพยาบาลทดลองใช้..........................................................................................

 ลงชื่อ..................................................แพทย์ผู้เสนอยา ลงชื่อ..............................................แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน

 (.................................................) (.................................................)

**หมายเหตุ**

1. ยาที่เสนอต้องไม่อยู่ในโปรแกรม SMP

2. หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่งานจัดซื้อเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

 โทร 02-4293670 หรือ id line : pharmacy01

3. สามารถดูรายละเอียดการเสนอยาได้ที่ id line : pharmacy01 หรือ [www.lpthosp.go.th](http://www.lpthosp.go.th)

4. กรุณากรอกข้อความให้ครบทุกข้อ และแนบเอกสารให้ครบถ้วน

5. เอกสารนี้ต้องให้ผู้เสนอยาลงนาม พร้อมทั้งเสนอให้หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานที่ผู้เสนอยาสังกัด ลงนามด้วย

 หากผู้เสนอเป็นหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานเอง ให้ลงนาม 2 ช่อง ทั้งผู้เสนอยาและ หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน

6. การเรียงลำดับเอกสาร กรุณาเรียงตามลำดับแบบเสนอยาเข้าฯใส่แฟ้มเจาะ

7. จัดทำเอกสาร 2 ชุดนำส่งคุณอรวรรณ กันหาชาติ งานจัดซื้อเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม 1 ชุดและผู้เสนอ 1 ชุด

 ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 หากเกินกำหนดจะไม่รับเอกสารใด ๆอีก

8. ยาที่เสนอต้องมีการวางตัวอย่างให้เพียงพอต่อการทดลองใช้เพื่อประเมินคุณภาพ

9. ให้ยื่นเอกสารพร้อมทั้งยาตัวอย่าง มิฉะนั้นเจ้าหน้าที่จะไม่รับ

10. ยาที่มอบให้โรงพยาบาล ขอสงวนสิทธิ์ในการทดลองใช้ ห้ามขอรับคืน

11. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการของโรงพยาบาลถือเป็นที่สิ้นสุด

**เอกสารมี 2 หน้า**