


ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง: แนวทางการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง 5 P-PHA- 10
--	----------------------------------

<p>ผู้จัดทำ <i>อ.ม</i> (นางสาววิไลรัตน์ มัจฉาวานิช) ตำแหน่ง เกษัตริกรชำนาญการ</p> <p>ผู้ทบทวน <i>อน</i> (นางชนิษฐา มณีแนม) ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม</p> <p>ผู้อนุมัติ <i>ปจ</i> <i>จ</i> (นายแพทย์พิสิฐ ینگยุทธ์) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง</p> <p>วันที่ <i>3 ต.ค. 65</i></p>	<p>จำนวน 2 หน้า</p> 
---	--

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ

ฉบับ: กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา:

<b>วิธีปฏิบัติ</b> <b>เรื่อง : : แนวทางการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี</b> <b>โรงพยาบาลควนเนียง</b>	<b>โรงพยาบาลควนเนียง</b> <b>SP-PHA- 10</b>
---	---

**วัตถุประสงค์:**

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและสามารถปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานกรณีต้องการใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล
3. เพื่อเป็นเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาผู้ป่วย

**ขอบเขต:**

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควนเนียง

**ความรับผิดชอบ:**

1. เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

**ขั้นตอนการปฏิบัติงาน:**

เมื่อมีเหตุการณ์ที่แพทย์มีความต้องการสั่งใช้ยานอกเหนือจากยาในโรงพยาบาลควนเนียง ควรปฏิบัติดังนี้

1. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลควนเนียง
2. กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์ม โดยระบุ ชื่อของผู้ป่วย ต้องการใช้อะไร วิธีการใช้และจำนวนยา เป็นต้น ให้ครบถ้วนสมบูรณ์
3. หลังจากกรอกข้อมูลครบถ้วนให้ติดต่อและส่งแบบฟอร์มมายังห้องยา เจ้าหน้าที่ห้องยาแจ้งประสานไปยังหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมรับทราบและพิจารณาในเบื้องต้น
4. เมื่อหัวหน้าเภสัชกรรับทราบแล้วพิจารณาให้ดำเนินการจัดซื้อหรือยืมยา แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลจะถูกส่งต่อมายังคลังยา
5. กรณียาที่ต้องการใช้มีมูลค่าสูงจะต้องผ่านการยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนส่งเอกสารมายังคลังยา
6. เจ้าหน้าที่คลังยาดำเนินการจัดซื้อหรือยืมยากับโรงพยาบาลใกล้เคียงตามจำนวนที่ต้องการใช้

**เอกสารแนบท้าย :** แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลควนเนียง

แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลควนเนียง



แพทย์ผู้สั่งใช้ยากรรณ 1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน 2. ส่งแบบฟอร์มที่ห้องยา กลุ่มงานเภสัชกรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้ป่วยชื่อ นาย,นาง,นางสาว,ด.ช.,ด.ญ. ....HN.....

สิทธิการรักษา

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)
- ประกันสังคม (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)
- สวัสดิการข้าราชการ
- อื่นๆ ..... (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงินได้)

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน

การวินิจฉัยโรค .....

มีความจำเป็นต้องใช้ยา.....วันที่ต้องการใช้ยา.....

วิธีการใช้ยา.....ระยะเวลาที่ใช้.....จำนวนยา.....

เหตุผลความจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลได้ ดังนี้

- A เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/แพ้ยา .....ซึ่งอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล
- B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชีของโรงพยาบาลจนครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
- C ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา
- D ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามใช้การ ใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาลร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- E ยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
- F อื่นๆ (ระบุ) .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....

(.....)

สำหรับงานบริหารเวชภัณฑ์และคลังยา (\*\*ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม\*\*)

ชื่อยา..... Life saving drug  ใช่  ไม่ใช่

เป็นยาที่มติ PTC กำหนดให้สำรองไว้ในรพ.  ยา ED  ยา NED

บริษัท/รพ.....

จำนวนที่จัดซื้อ/ยืม.....

ราคาที่จัดซื้อ/ยืมครั้งนี้.....ราคาที่เคยซื้อ.....ราคากลาง.....

รวมมูลค่าการจัดซื้อ/ยืม.....

ลงนาม.....(หัวหน้าเภสัชกร) วันที่.....

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงนาม.....(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง) วันที่.....