



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการโรงพยาบาลขอนแก่น
 ที่ ขก 0027.....วันที่.....
 เรื่อง ขออนุมัติใช้ () ยาราคาสูง () ยาเฉพาะราย ครั้งที่.....
 () ยาโครงการพิเศษสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ครั้งที่.....
 () ยาฉีดที่แพทย์เห็นสมควรให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน () อื่นๆ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
 ข้าพเจ้า() นพ. () พญ.ไปประกอบวิชาชีพ
 เลขที่ ว.....สังกัดกลุ่มงาน
 ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ชื่อ.....สกุล.....
 A/N..... H/N..... สิทธิการรักษา
 () รัฐวิสาหกิจ () ข้าราชการ () ข้าราชการเงินเอง () โครงการโรคเรื้อรัง () ประกันสังคม
 () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () อื่นๆ(ระบุ).....
 ซึ่งมีภาวะโรค.....ที่หอผู้ป่วย / ห้องตรวจ

จึงขออนุมัติใช้ยา.....ซึ่งเป็น
 1.() ยาเคมีบำบัด ใช้ทั้งหมด.....Course ในขนาด.....mg. Xวัน / Course
 แต่ละCourse ห่างกัน.....วัน เริ่มใช้ครั้งแรกในวันที่.....
 2.() ยาที่ไม่ใช่เคมีบำบัด ใช้ในขนาด.....เป็นระยะเวลา.....วัน/เดือน
 โดยขอใช้ครั้งแรกในวันที่...../...../ 25..... จำนวนที่ใช้ในครั้งนี้

กรณีเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โปรดกาเครื่องหมาย / เพื่อระบุเหตุผลในการใช้ยา และระบุข้อมูลประกอบ เช่น ผลตรวจร่างกาย, Lab, รายการยาในบัญชียาหลักที่ใช้แล้วไม่ได้ผล	
A เกิดอาการข้างเคียงจากยา (ADR) หรือแพ้ยา	ข้อมูลประกอบ
B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย	
C ไม่มียาในบัญชียาหลัก ๆ ให้ใช้แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งใช้นี้	
D มีข้อห้ามใช้หรือ Drug interaction ต่อยาอื่นที่ได้รับบออยู่	
E ยาในบัญชียาหลัก ๆ ราคาแพงกว่า	
F ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
 (.....)
 แพทย์ผู้ขออนุมัติใช้ยา

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานฯ
 () เห็นสมควรอนุมัติ () ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 หัวหน้ากลุ่มงาน/ปฏิบัติราชการแทน
 หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล
 () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ.....
 (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

**เภสัชกรผู้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น.....
 วันที่/...../.....

ข้อกำหนดจากคณะกรรมการ PTC
 1.ยาเฉพาะราย หมายถึง ยาในบัญชียา
 โรงพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยบาง
 รายภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ชัดเจน และมี
 จัดซื้อจัดหาเป็นครั้งคราว
 2.สำหรับกรยาเฉพาะรายในผู้ป่วยรายใหม่
 (ขอใช้ครั้งแรก) แพทย์ผู้ส่งจ่ายจะต้องกรอก
 ข้อมูลใบแบบฟอร์มให้สมบูรณ์/ครบถ้วน และ
 ขอความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานฯของแพทย์
 หรือผู้ปฏิบัติราชการแทนก่อนนำส่งแบบฟอร์ม
 ยังกลุ่มงานเภสัชกรรม
 3.การขอใช้ยาโครงการพิเศษที่ผ่านการขึ้น
 ทะเบียน ขอใช้ครั้งแรกแพทย์ผู้ส่งจ่ายเป็น
 แพทย์ที่กรรมการ PTC กำหนด จะต้องกรอก
 ข้อมูลใบแบบฟอร์มให้สมบูรณ์/ครบถ้วน
 4. สำหรับการขอใช้ครั้งต่อไปและการใช้ยาราคาสูง
 ที่แพทย์ผู้ส่งจ่ายเป็นแพทย์ที่กรรมการ PTC
 กำหนด ให้แพทย์ผู้ส่งจ่ายกรอกข้อมูลใบ
 แบบฟอร์มให้สมบูรณ์/ครบถ้วนและแนบ
 แบบฟอร์มมาพร้อมกับใบสั่งยาเพื่อนำส่งห้องยา
 ต่อไป (ไม่ต้องขอความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานฯ)
รายการยาที่ต้องเขียนขออนุมัติใช้ยา
 1.ยาราคาสูงขอใบอนุมัติทุกครั้ง
 filgrastim 300 mcg inj.
 peg-filgrastim 6 mg inj.
 zoledronic acid 4 mg inj.
 pamidronate 30 mg inj.
 gancyclovir inj.
 ยาราคาสูง ขอใบอนุมัติเฉพาะครั้งแรก
 fludarabine inj.
 idarubicin inj.
 irinotecan inj.
 oxaliplatin inj.
 etoposide 50 mg cap
 deferasirox 250 mg tab
 สิทธิ UC ต้องมีรายชื่อโครงการ EXPAP
 2.โครงการพิเศษ เฉพาะครั้งแรก
 cyclosporin ทุกขนาด/รูปแบบ
 mycophenolate mofetil 250 mg cap
 tacrolimus ทุกขนาด/รูปแบบ
 factor VIII inj. ทุกขนาด
 factor IX inj. ทุกขนาด
 prothrombin complex inj.
 tretinoin 10 mg cap
 basiliximab 20 mg inj.
 silolimus tab ทุกขนาด
 everolimus tab ทุกขนาด (0.25 mg, 0.5 mg)
 valganciclovir 450 mg tab
โครงการพิเศษ เฉพาะครั้งแรก และ ผ่าน OCPA
 bevacizumab inj.
 erlotinib tab ทุกขนาด
 gefitinib 250 mg tab
 imatinib ทุกขนาด
 กรณีสิทธิ UC ต้องมีรายชื่อโครงการ GPAP
 rituximab inj. ทุกขนาด
 trastuzumab 440 mg inj.
 3.ยาเฉพาะราย ตามที่คณะกรรมการ PTC อนุมัติ
 ปรับปรุงรายการยา กันยายน 2558