

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : : แนวทางการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA- 07
---	---

ผู้จัดทำ  (นส.วิไลรัตน์ มัจฉาวานิช) ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ ผู้ทบทวน  (นางชนิษฐา มุณีแนม) ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม ผู้อนุมัติ  (นายแพทย์นัชชา ทัดตานนท์) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 30 ต.ค. 2560	จำนวน 2 หน้า 
---	--

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ
1	1 ต.ค.68	นส.วิไลรัตน์ มัจฉาวานิช	ประกาศใช้ครั้งแรก	นพ.พิสิฐ ยงยุทธ์
2	1 ต.ค. 68	นส.วิไลรัตน์ มัจฉาวานิช	ทบทวนเอกสาร	นพ.นัชชา ทัดตานนท์

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : : แนวทางการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA- 07
--	--

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
 - 3.1 กรณียืมยาจากโรงพยาบาลใกล้เคียงเมื่อหัวหน้าเภสัชกรรับทราบแล้วและพิจารณาให้ดำเนินการยืมยา แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลจะถูกส่งต่อมายังคลังยา
 - 3.2 กรณียาที่ต้องซื้อจะต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนส่งเอกสารมายังคลังยา
4. เจ้าหน้าที่คลังยาดำเนินการจัดซื้อหรือยืมยากับโรงพยาบาลใกล้เคียงตามจำนวนที่ต้องการใช้
5. แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลควนเนียงทุกฉบับที่มีการกรอกข้อมูลจะต้องมีการลงนามรับทราบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียงทุกครั้งถึงจะครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารแนบท้าย : แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลควนเนียง

แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลควนเนียง



แพทย์ผู้สั่งใช้ยา กรุณา 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/แพ้ยาซึ่งอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล
- ☐ B ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชีของโรงพยาบาลจนครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
- ☐ C ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงาน 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

☐ เป็นยาที่มติดี 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.....