

แบบเสนอการขอใช้ยาผู้ป่วยเฉพาะราย
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตามมติ PTC ครั้งที่ 4/2567 วันที่ 8 กรกฎาคม 2567

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

1 ความเห็นสาขาวิชา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรคผู้ป่วย (Disease description)

- ชื่อ - สกุลผู้ป่วย :-..... อายุ..... ปี H.N. หอผู้ป่วย/คลินิก.....
- สิทธิการรักษา สุขภาพถ้วนหน้า ต้นสังกัด..... ประกันสังคม ต้นสังกัด..... ข้าราชการ อปท. รัฐวิสาหกิจ ต้นสังกัด..... ผู้ยากไร้ อื่น ๆ ระบุ).....
- ขอวางแผนใช้ยาในการรักษาประเภท เฉพาะในผู้ป่วยนอก เฉพาะในผู้ป่วยใน ทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยขอ ใช้สิทธิตามสิทธิการรักษา ชำระเงินเอง ร่วมจ่าย (co-pay) อื่น ๆ (ระบุ).....
- เหตุผลความจำเป็นของกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่จำเป็นต้องใช้ยานี้ :-
- ลักษณะอาการทางคลินิก และผลทางห้องปฏิบัติการ (Clinical & Laboratories Presentation) :-
- การรักษาพยาบาลที่ได้รับก่อนหน้า (Previous Treatment) :-
- การพยากรณ์โรค (5 Survival rate) :- <25% 25-50% 51-75% 75-100%
- Prognosis :- GOOD FAIR POOR อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของยาที่ขอใช้ (Product information)

- ชื่อยา / ปริมาณการใช้ยา :-

ชื่อการค้า (Trade Name)	ชื่อสามัญทางยา (Generic Name)	จำนวนยา	หน่วย

- เป็นการใช้ ยาในบัญชียาโรงพยาบาลนอกข้อบ่งชี้ ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล โดยขอใช้ยา ยาในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่จัดซื้อให้เฉพาะราย ยาบริจาค ยาตัวอย่าง
 - ข้อบ่งชี้ที่ขอใช้* :-.....
 - การบริหารยา :-
 - ขนาดยาและวิธีใช้ยา (Dosage and Regimen) :-
 - ระยะเวลาที่ใช้ยานี้ (ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการรักษา):-.....
 - ยาที่ต้องบริหารร่วมกับยานี้ :-
 - เปรียบเทียบกับยาในบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นยา บัญชียาหลักแห่งชาติ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ :-
 - ยาในบัญชียาโรงพยาบาลที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เช่นเดียวกัน :- (ข้อบ่งชี้ตามข้อ 3)
 - ปัญหาที่ต้องใช้ยา ในบัญชียาโรงพยาบาลนอกข้อบ่งชี้ นอกบัญชียาโรงพยาบาล กรุณาระบุเหตุผลตาม (A) - (E) :-
 - (A) เกิดอาการข้างเคียงในการใช้ยา (ADR) หรือแพ้ยา (ระบุ) ชื่อยา..... และผลข้างเคียง
 - (B) ผู้ป่วยใช้ยาแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย (ระบุ) ชื่อยาที่ไม่ได้ผล และเหตุผลที่ใช้ยาไม่ได้ผล
 - (C) ไม่มียาให้ใช้ และผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตรงตามที่ อย. กำหนด
 - (D) มี Contraindication หรือ Drug interaction กับยา (ระบุ) ชื่อยา.....
 - (E) ยามีราคาแพงกว่า (ระบุ) ชื่อยา.....
 - ยาที่ขอใช้มีข้อดีที่แตกต่างไปจากยาในบัญชียาโรงพยาบาลที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เช่นเดียวกันอย่างไร :- (ยาตามข้อ 5.1)
- เอกสารทางวิชาการประกอบการพิจารณา :- (ถ้ามี)
 -
 -
 -

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
(.....) (.....)
แพทย์/อาจารย์แพทย์ผู้รักษา หัวหน้าสาขาวิชา...../ผู้แทน
รหัสนแพทย์ วันที่

* กรณีขอใช้ยานอกข้อบ่งชี้ที่รับรองโดยคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ต้องแนบใบยินยอมใช้ยา (Consent form) ประกอบการขอใช้ยา

๒ ความเห็นฝ่ายเภสัชกรรม

ข้อมูลของยาที่ขอใช้ (Product Information)

1. กลุ่มของยา (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ) :-

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ [ED] : บัญชี ก ข ค ง จ (1) จ (2)

ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ [NED] : บัญชี P PP (ระบุ : กรณีเป็นยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาล)

ยาระหว่างรอ อย.รับรอง [Compassionate used]

2. ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา (ที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับรอง) : -

.....

3. ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา (ที่ US.FDA รับรอง) : -

.....

4. รูปแบบและความแรงของยา, จำนวนยา, ราคา/หน่วย และมูลค่ายาที่ขอใช้ (Total Price/Course) : - (ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการรักษา)

รูปแบบและความแรงของยา	จำนวนยา	ราคา/หน่วย	มูลค่ายาที่ขอใช้

5. โครงการ Patient Access Program หรือ เงื่อนไขอื่นๆ :- ไม่มี มี เงื่อนไข ดังนี้

	รอบซื้อ	รอบฟรี	รวมยารอบซื้อ (มี cost cap)	รวมยารอบซื้อ (ไม่มี cost cap)
จำนวนหน่วย				
ราคา				

สรุป ความเห็นฝ่ายเภสัชกรรม

.....

หมายเหตุ :-

.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

เภสัชกรผู้จัดทำข้อมูล

(ลงชื่อ).....
(.....)

หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม/ผู้แทน

วันที่

คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

๓ ความเห็นงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย

1. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว :-

1.1 การประเมินสภาวะกายจิตสังคม (Bio Psycho Social Assessment) :-

.....

.....

1.2 การประเมินสภาวะครอบครัว (Family Assessment) :-.....

.....

.....

1.3 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) :-

.....

.....

1.4 การประเมินความเข้มแข็ง/ทรัพยากร :-

.....

.....

2. ประมาณการค่ารักษาพยาบาล/ได้รับชดเชยตามระบบหลักประกันสุขภาพ :-

2.1 คำนวณอัตราได้รับชดเชยตามระบบ DRGs :-

AdjRW (.....) x 1 RW= (.....) =บาท

2.2 คำนวณค่าใช้จ่าย :-

รายการ	จำนวนเงินร่วมจ่าย/ สนับสนุน	จำนวนเงินทั้งหมด
1. ค่ายาทั้งหมด (จำนวน Cycle x จำนวนเงิน บาท/ครั้ง)		
2. ผู้ป่วย <input type="radio"/> ร่วมจ่าย.....บาท/ครั้ง <input type="radio"/> ร่วมบริจาคมูลนิธิ รพ.มอ.....บาท/ครั้ง		
3. เบิกตาม DRGs (Adj Rw x 1 RW (9,600) =บาท/ครั้ง จำนวน Cycle x จำนวนเงิน/ครั้ง บาท		
4. เบิกค่ายา <input type="radio"/> 74 รายการ/ครั้ง ชื่อยา <input type="radio"/> 4,000 บาท/Visit <input type="radio"/> 2,100 บาท/Visit		
5. ขอรับสนับสนุน <input type="radio"/> มูลนิธิ รพ.มอ. <input type="radio"/> อื่น ๆ		
6. อื่น ๆ (ระบุ)		

สรุป ความเห็นงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย

.....

.....

.....

หมายเหตุ :-

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย/ผู้แทน

วันที่

⊕ ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การขอใช้ยา		การขอใช้สิทธิ	
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ		<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ	
ใช้ยาจาก	ใช้ในการรักษา	ในเงื่อนไข	
<input type="radio"/> ยาในบัญชียาโรงพยาบาล <input type="radio"/> ยาที่จัดซื้อให้เฉพาะราย <input type="radio"/> ยาบริจาค <input type="radio"/> ยาตัวอย่าง	<input type="radio"/> เฉพาะในผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> เฉพาะในผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ทั้งในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	<input type="radio"/> ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย <input type="radio"/> ให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง <input type="radio"/> ให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง และเข้าโครงการ PAP <input type="radio"/> ให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย (co-pay) จำนวน บาท <input type="radio"/> ให้ผู้ป่วยร่วมบริจาคมูลนิธิ จำนวน บาท	
<input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ).....		<input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)	

หมายเหตุ :-

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้แทน

วันที่

