



แบบฟอร์มประกอบการขอสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลเชิงรอยประชานุเคราะห์

ชื่อผู้ป่วย..... HN (รพ.เชิงรอยฯ).....อายุ.....ปี

เพศ ชาย หญิง เลขบัตรประชาชน.....

สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ ประกันสังคม เบิกได้ ชำระเอง อื่นๆ คือ.....

รายการยาที่ขอสนับสนุน: โปรดกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องตามรายการยาที่ขอสนับสนุน

ลำดับ	ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	วิธีใช้ และ ระยะเวลาที่จะใช้	จำนวน (vial)	ชื่ออายุรแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา
1	Ceftazidime inj 1 g	Infected CAPD			
2	Cefazolin inj 1 g	Infected CAPD			
3	Colistin inj 150 mg				
4	Meropenem inj 500 mg				
5	Meropenem inj 1 g				
6	Ertapenem inj 1 g				
7	Imipenem/Cilastatin inj 1 g				
8	Vancomycin inj 500 mg				
9	Fosfomycin inj 4 g				
10	Piperacillin/Tazobactam inj 4.5 g				
11	SmofKabiven Peripheral [®]				
12	SmofKabiven Central [®]				

หมายเหตุ: 1. สามารถขอสนับสนุนยาได้ครั้งละไม่เกิน 7 วัน หากจำเป็นต้องใช้นานกว่า 7 วัน ต้องปรึกษาแพทย์ประจำโรงพยาบาลเชิงรอย
ประชานุเคราะห์และส่งแบบฟอร์มใหม่ทุก 7 วัน

2. การขอสนับสนุนยาลำดับที่ 1 – 10 ต้องได้รับความเห็นชอบจากอายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลเชิงรอยประชานุเคราะห์ก่อนทุกครั้ง

3. การขอสนับสนุนยาลำดับที่ 11 – 12 จะสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยที่มีการ refer ไปจากโรงพยาบาลเชิงรอยประชานุเคราะห์เท่านั้น
โดยให้ดำเนินการดังนี้

3.1 กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนมีอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ ให้แพทย์ดังกล่าวสามารถสั่งยาต่อได้ โดยแนบแบบ
ประเมิน SGA ของ WHO มาพร้อมกับหนังสือขอสนับสนุนยา

3.2 กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มีอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ ให้ทำการปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เดิมที่โรงพยาบาล
เชิงรอยประชานุเคราะห์ก่อนว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ต่อหรือไม่

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา..... โรงพยาบาล.....

ประกาศใช้ 22 พฤศจิกายน 2564

วันที่...../...../.....