|  |  |
| --- | --- |
| **แบบฟอร์มการเสนอเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา** **โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์** | **เลขที่รับ.................................****วันที่.........../................/.........** |
| **คำชี้แจง** : เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเวชภัณฑ์มิใช่ยา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ หากไม่มีข้อมูลในข้อใดโปรดกรอกว่า  “ไม่มีข้อมูล” **หากกรอกข้อมูลไม่ครบคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์มิใช่ยา ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่พิจารณา**  **เวชภัณฑ์มิใช่ยา รายการนี้****ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป**1. ชื่อสามัญ (Generic name)
* ชื่อภาษาไทย..............................................................................................................................................................................
* ชื่อภาษาอังกฤษ.........................................................................................................................................................................
1. ชื่อการค้า (Trade name).................................................................................................................................................................
2. รูปแบบเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา / ขนาดบรรจุ............................................................................................................................................
3. ชื่อบริษัทผู้ผลิตและประเทศที่ผลิต....................................................................................................................................................
4. ชื่อบริษัทผู้เสนอเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา.....................................................................................................................................................
5. ชื่อผู้แทนเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาและเบอร์โทรติดต่อ.................................................................................................................................
6. ราคาสุทธิต่อหน่วย (รวมภาษีแล้ว)....................................................................................................................................................
7. ปริมาณการจัดซื้อในครั้งนี้ จำนวน................................................................................................................................................
8. ปริมาณการใช้เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาต่อปี ประมาณ...............................................................................................................................

**ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาโดยละเอียด** (โดยแนบคุณลักษณะเฉพาะที่ต้องการมาพร้อมกับแบบฟอร์มฯนี้ด้วย) **ส่วนที่ 3 : เหตุผลการเสนอเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา**1. เวชภัณฑ์ในกลุ่มเดียวหรือใกล้เคียงกันที่มีอยู่ในโรงพยาบาล

[ ] ไม่มี [ ] มี คือ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา....................................................................................................................เหตุผลในการเสนอเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเข้าโรงพยาบาล (ระบุเหตุผลโดยละเอียด)2.1..........................................................................................................................................................................................2.2..........................................................................................................................................................................................2.3..........................................................................................................................................................................................**ส่วนที่ 4 : รายละเอียดของผู้เสนอ**1. กลุ่มงานที่เสนอ.......................................................................................................................................................................
2. ลงนามผู้เสนอ...........................................................................................วันที่...................................................
3. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน [ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก................................................................................

...............................................................................................................................................................................................1. ลงนามหัวหน้ากลุ่มงาน.................................................................วันที่..............................................................

5. ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์มิใช่ยา[ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ เนื่องจาก............................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………… (นายแพทย์เปรมชัย ติรางกูร) (นายแพทย์สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์) เลขาฯ คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ ประธานคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์  |