|  |  |
| --- | --- |
| **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 | |