



ใบเสนอยอดถอนวัสดุเวชภัณฑ์

- ☐ ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์ ☐ สำรองห้องเวชภัณฑ์พิเศษเฉพาะทาง ☐ ไม่ทราบ
☐ สำรองคลังเวชภัณฑ์ ☐ หน่วยงาน ☐ คลังฝากขาย (Consign)

๑. * ชื่อทั่วไปวัสดุเวชภัณฑ์ (Generic Name)

๒. * ชื่อทางการค้า (Trade Name)

๓. * ชื่อบริษัทผู้ผลิต ชื่อผู้นำเข้า
ชื่อผู้จัดจำหน่าย

๔. * เหตุผลที่เสนอถอดถอนเวชภัณฑ์.....

๕. โปรดระบุผู้ร่วมใช้ผลิตภัณฑ์นี้ (ถ้ามี).....

๖. * เวชภัณฑ์นี้มีสิทธิเบิกหรือไม่ ? ☐ ไม่มี
☐ มี ไม่รวมในชุดหัตถการ

(อยู่ในคำอวยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

กรณีมีสิทธิเบิกไม่รวมในชุดหัตถการ (คำอวยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) โปรดระบุ

หมวด..... กบก รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

หมวด..... ปกส รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

หมวด..... สปสช รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

☐ มี รวมในชุดหัตถการ หรือการตรวจ

() มีรายการรหัสในโรงพยาบาลแล้ว โปรดระบุ..... () ยังไม่มีรหัสในโรงพยาบาล

กรณีมีสิทธิเบิกรวมในชุดหัตถการ หรือการตรวจ โปรดระบุ

หมวด..... กบก รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

หมวด..... ปกส รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

หมวด..... สปสช รหัสเบิก ราคาที่เบิกได้

ผู้เสนอ.....เบอร์โทร.....

* ()

งาน/สาขา/ภาควิชา.....

เวชภัณฑ์นี้ได้ผ่านการเห็นชอบของที่ประชุมหน่วยงาน/สาขา/ภาควิชา

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

(ลงชื่อ)

* ()

หัวหน้าหน่วยงาน/สาขา/ภาควิชา

วันที่/...../.....

* คำชี้แจง ข้อมูลที่มีเครื่องหมาย * กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วนทุกรายการ

ส่วนนี้เฉพาะกรรมการ

บันทึกการประชุม.....

ผลการพิจารณา

(ลงนาม)

☐ อนุมัติ.....

(.....)

☐ ไม่อนุมัติ.....

ประธานคณะกรรมการวัสดุเวชภัณฑ์