



แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ  
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (ทพ., ทพญ.) .....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ขอรับรองว่าผู้ป่วยชื่อ ..... HN ..... เป็นผู้ป่วย

ที่มารับบริการเมื่อวันที่..... โรคที่ได้รับการวินิจฉัย.....

มีความจำเป็นต้องสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

ลำดับ	ชื่อยา	จำนวน	ราคารวม	เหตุผล*
1.				
2.				
3.				
4.				

\*เหตุผลการใช้ (ต้องระบุเหตุผลแยกแต่ละรายการยา)

EA เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้กับบัญชียาหลักแห่งชาติ

EB ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

EC ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ED ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชียาอย่างสมบูรณ์ หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียา ร่วมกับยาอื่นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้  
อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

EE ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อช่วงระยะเวลาการรักษา)

EF ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

จึงรับรองมาเพื่อเป็นหลักฐานเหตุผลการใช้ยาดังกล่าว

ทั้งนี้ได้พิจารณาโดยรอบคอบตามหลักเกณฑ์ของหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0422.2/ว 111 ลงวันที่  
24 กันยายน 2555 เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย  
ขอรับรองว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการ  
อาหารและยา (อย.) และการใช้ยานี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด โดยข้าพเจ้าได้บันทึกข้อบ่งชี้ในเวชระเบียน  
ผู้ป่วยแล้ว

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา  
(.....)