



หนังสือรับรองการจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ  
(กรณีมียาอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง)

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
ขอรับรองว่าผู้ป่วยชื่อ..... HN..... เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการประเภท  
ผู้ป่วยนอกเมื่อวันที่ ..... โรคที่ได้รับการวินิจฉัย .....

มีความจำเป็นต้องสั่งจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้แก่

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

\*เหตุผลการใช้ (ต้องระบุเหตุผลแยกแต่ละรายการยา)

- A. เกิดอาการข้างเคียงในการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ADR) หรือ แพ้ยา
- B. ผู้ป่วยใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
- C. ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้การใช้ยานี้ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด
- D. มี Contraindication หรือ drug interaction กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า
- F. ผู้ป่วยแสดงความจำเป็นต้องการ (ยินดีชำระเงินเอง เบิกไม่ได้)

จึงรับรองมาเพื่อเป็นหลักฐานเหตุผลการใช้ยาดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(นพ./พญ. ....) แพทย์ผู้รักษา

รวมเป็นเงิน.....บาท(.....) ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่.....  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน