



คณะกรรมการวัสดุเวชภัณฑ์

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....ผู้รับ.....

หน่วยงาน.....

ใบเสนอความต้องการนำเข้าวัสดุเวชภัณฑ์ (กรณีปกติ)

๑. * เคยนำเข้าเป็นกรณีพิเศษหรือไม่ เคย ไม่เคย

๒. * คลังเวชภัณฑ์ที่ต้องการนำเข้า

สำรองคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาล คลังหน่วยงาน คลังเวชภัณฑ์ผู้ป่วยเฉพาะราย

ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์ (มูลนิธิฯ) ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์เฉพาะสิทธิ์ คลังเวชภัณฑ์พิเศษเฉพาะทาง

๓. * ชื่อทั่วไปวัสดุเวชภัณฑ์ (Generic Name)

๔. * ชื่อทางการค้า (Trade Name)

๕. * ชื่อบริษัทผู้ผลิต ชื่อผู้นำเข้า.....

ชื่อผู้จัดจำหน่าย

๖. * เหตุผลที่เสนอเวชภัณฑ์การแพทย์เข้าใหม่เนื่องจาก

เป็นเวชภัณฑ์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลอยู่แล้วแต่ต้องการเพิ่มรายการเวชภัณฑ์ (เช่น เพิ่มยี่ห้อ, รุ่น, แบบ ฯลฯ)
(ระบุชื่อเวชภัณฑ์ที่ใช้อยู่)..... รหัสพัสดุ.....

ทดแทนเวชภัณฑ์เดิมชื่อ..... รหัสพัสดุ.....

อื่น ๆ

๗. ปัจจุบัน ปฏิบัติงานโดยใช้เวชภัณฑ์ใด..... รหัสพัสดุ.....

๘.* เวชภัณฑ์ประเภทนี้ต้องใช้งานร่วมกับครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุข้อ ๘.๑ หรือ ๘.๒)

๘.๑ ใช้ร่วมกับเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล หมายเลขครุภัณฑ์

ชื่อครุภัณฑ์

๘.๒ กรณีไม่ใช่ครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบจากงานเครื่องมือแพทย์แล้ว ไม่ผ่าน ผ่าน (แนบเอกสาร)

๙. เวชภัณฑ์ประเภทนี้มีบริษัทอื่นจำหน่ายหรือไม่ มี ได้แก่..... ไม่มี ไม่แน่ใจ

๑๐. โปรดระบุหน่วยงานผู้ร่วมใช้เวชภัณฑ์นี้ (ถ้ามี).....

๑๑.* หมวดรายจ่ายประเภทผู้ป่วยใน ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

๑๒.* เวชภัณฑ์นี้มีสิทธิเบิกหรือไม่ ไม่มี มี

มี ไม่รวมในชุดหัตถการ (อยู่ในค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

กรณีมีสิทธิเบิกไม่รวมในชุดหัตถการ (ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) โปรดระบุ

รหัสเบิก กบก ราคาที่เบิกได้

รหัสเบิก ปกส ราคาที่เบิกได้

รหัสเบิก สปสช ราคาที่เบิกได้

มี รวมในชุดหัตถการหรือการตรวจ

กรณีมีสิทธิเบิกรวมในชุดหัตถการ หรือการตรวจ โปรดระบุ

รหัสหัตถการโรงพยาบาล..... ราคา.....

รหัส กบก ราคา.....

ไม่มีรหัสหัตถการโรงพยาบาล

*อัตราการใช้...../ เดือน ปี

*หน่วยนับย่อย.....

*ราคาวัสดุเวชภัณฑ์รวมVAT.....

(ต่อหน่วย : ชิ้น/ อัน/ เส้นหรืออื่น ๆ)

ผู้เสนอนำเข้า.....

๑๓. * ผู้เสนอขอรับรองว่า

- ไม่มีส่วนได้เสียทั้งทางตรงและทางอ้อมในวัสดุเวชภัณฑ์ที่นำเสนอ
- มีส่วนได้เสียในการเสนอวัสดุเวชภัณฑ์ที่นำเสนอ คือ
- () ในฐานะผู้วิจัย ผู้วิจัยร่วม หรือ งานวิจัย
 - () ได้รับการสนับสนุนเรื่อง.....
 - จาก () ผู้ผลิต () ผู้นำเข้า () ผู้จำหน่าย () อื่น ๆ.....
 - () อื่น ๆ

ผู้เสนอนำเข้า.....
*()

งาน/สาขา/ภาควิชา.....
เบอร์โทร.....
E-mail.....

* เวชภัณฑ์นี้ได้ผ่านการเห็นชอบของที่ประชุมงาน/สาขา/ภาควิชา
 ผ่าน ไม่ผ่าน

ผู้รับรอง.....
*()

หัวหน้างาน/สาขา/ภาควิชา
วันที่...../...../.....

พร้อมแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- *ใบเสนอราคา พร้อมรหัสสินค้า(REF) และ Barcode , QR code สินค้า
- *รายละเอียดคุณลักษณะของสินค้า (ภาษาไทย)
- *รูป หรือ แคตตาล็อก
- *หนังสือ ออ.พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- แบบตรวจเอกสารเครื่องบริจาคและเครื่องใช้งานกับการสั่งซื้อ
เวชภัณฑ์ (F.MIU.PUII_๐๓) จากงานเครื่องมือแพทย์
- อื่น ๆ

ส่วนนี้เฉพาะกรรมการ

บันทึกการประชุม

.....

.....

ผลการพิจารณา ตามมติที่ประชุมครั้งที่ วันที่.....

- อนุมัติ นำเข้า หมวด.....
- สำรองคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาล คลังหน่วยงาน คลังเวชภัณฑ์ผู้ป่วยเฉพาะราย
- ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์ (มูลนิธิฯ) ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์เฉพาะสิทธิ์ คลังเวชภัณฑ์พิเศษเฉพาะทาง
- ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(ลงนาม)

(.....)

ประธานคณะกรรมการวัสดุเวชภัณฑ์