



คณะกรรมการวัสดุเวชภัณฑ์

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....ผู้รับ.....

หน่วยงาน.....

ใบเสนอความต้องการนำเข้าสู่เวชภัณฑ์ (กรณีปกติ)

๑. * ชื่อทั่วไปวัสดุเวชภัณฑ์ (Generic Name)

๒. * ชื่อทางการค้า (Trade Name)

๓. * ชื่อบริษัทผู้ผลิต ชื่อผู้นำเข้า.....

ชื่อผู้จัดจำหน่าย

๔. * เคยนำเข้าเป็นกรณีพิเศษหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

๕. * เหตุผลที่เสนอเวชภัณฑ์การแพทย์เข้าใหม่เนื่องจาก

☐ เป็นเวชภัณฑ์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลอยู่แล้วแต่ต้องการเพิ่มรายการเวชภัณฑ์ (เช่น เพิ่มยี่ห้อ, รุ่น, แบบ ฯลฯ)

(ระบุชื่อเวชภัณฑ์ที่ใช้อยู่).....รหัสพัสดุ.....

☐ ทดแทนเวชภัณฑ์เดิมชื่อ.....รหัสพัสดุ.....☐ อื่น ๆ

๖. ปัจจุบัน ปฏิบัติงานโดยใช้เวชภัณฑ์ใด.....รหัสพัสดุ.....

๗. * คลังเวชภัณฑ์ที่ต้องการนำเข้า ☐ สำรองคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาล ☐ คลังเวชภัณฑ์ผู้ป่วยเฉพาะราย ☐ คลังหน่วยงาน☐ ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์ (มูลนิธิฯ) ☐ ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์เฉพาะสิทธิ์๘. * เวชภัณฑ์ประเภทนี้ต้องใช้งานร่วมกับครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (โปรดระบุข้อ ๘.๑ หรือ ๘.๒)๘.๑ ☐ ใช้ร่วมกับครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล หมายเลขครุภัณฑ์

ชื่อครุภัณฑ์

๘.๒ ☐ กรณีไม่ใช่ครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล (แนบสำเนาเอกสาร“แบบตรวจสอบเอกสารเครื่องใช้งานกับการสั่งซื้อเวชภัณฑ์” ที่ได้รับการอนุมัติ)๙. เวชภัณฑ์ประเภทนี้มีบริษัทอื่นจำหน่ายหรือไม่ ☐ มี ได้แก่..... ☐ ไม่มี ☐ ไม่แน่ใจ

๑๐. โปรดระบุหน่วยงานผู้ร่วมใช้เวชภัณฑ์นี้ (ถ้ามี).....

๑๑. * หมดอายุจ่ายประเภทผู้ป่วยใน ☐ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีขาย ☐ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค๑๒. * เวชภัณฑ์นี้มีสิทธิเบิกหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี☐ มี ไม่รวมในชุดหัตถการ (อยู่ในค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

กรณีมีสิทธิเบิกไม่รวมในชุดหัตถการ (ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) โปรดระบุ

รหัสเบิก กบกราคาที่ได้

รหัสเบิก ปกสราคาที่ได้

รหัสเบิก สปสขราคาที่ได้

☐ มี รวมในชุดหัตถการหรือการตรวจ

กรณีมีสิทธิเบิกรวมในชุดหัตถการ หรือการตรวจ โปรดระบุ

รหัสหัตถการโรงพยาบาล.....ราคา.....ชื่อหัตถการ.....

รหัส กบก.....ราคา.....

☐ ไม่มีรหัสหัตถการโรงพยาบาล

ผู้เสนอนำเข้า

คำชี้แจง ข้อมูลที่มีเครื่องหมาย * กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและแนบเอกสารให้ครบทุกรายการ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานทะเบียนและคลังพัสดุ อาคารบริการ ชั้น 2

☎ 02-926-9289 , 9657 ✉ tuh.medicalsupplies@gmail.com

(เอกสารมีการแก้ไขเมื่อวันที่ 26 ก.พ. 2568)

๑๓. * ผู้เสนอขอรับรองว่า

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

พร้อมแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- ☐ *ใบเสนอราคา ให้หมายเหตุนัยราคาไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- พร้อมรหัสสินค้า (REF) , Barcode , QR code สินค้า
- ☐ *รายละเอียดคุณลักษณะของสินค้า (ภาษาไทย)
- ☐ *รูป หรือ แคตตาล็อก
- ☐ *หนังสือรับรองจากสำนักคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
- ☐ *หนังสือรับรองมาตรฐาน ISO ๑๓๔๘๕ ผู้ผลิต
- ☐ *หนังสือตัวแทนนำเข้า จากผู้ผลิต
- ☐ *หนังสือตัวแทนจำหน่าย
- ☐ *สำเนาแบบตรวจสอบเอกสารเครื่องใช้งานกับการสั่งซื้อเวชภัณฑ์
- จากงานเครื่องมือแพทย์ (กรณีข้อ ๘.๒)
- ☐ อื่น ๆ

ผู้เสนอนำเข้า.....

*()

งาน/สาขา/ภาควิชา.....

เบอร์โทร.....

E-mail.....

*เวชภัณฑ์นี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากที่ประชุมสาขา/ภาควิชา/หน่วยงาน

ครั้งที่..... วันที่.....

ผู้รับรอง.....

*()

หัวหน้างาน/สาขา/ภาควิชา

วันที่...../...../.....

ส่วนนี้เฉพาะกรรมการ

บันทึกการประชุม

.....

.....

ผลการพิจารณา ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

☐ อนุมัติ นำเข้า หมวด.....

- ☐ สำรองคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาล (โปรดระบุประเภท) ☐ ประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ ☐ ประเภทเวชภัณฑ์เฉพาะทาง
- ☐ คลังเวชภัณฑ์ผู้ป่วยเฉพาะราย ☐ คลังหน่วยงาน
- ☐ ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์ (มูลนิธิฯ) ☐ ห้องจำหน่ายเวชภัณฑ์เฉพาะสิทธิ์

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิธิตา สัตตรัตน์ไพจิตร)

ประธานคณะกรรมการวัสดุเวชภัณฑ์

คำชี้แจง ข้อมูลที่มีเครื่องหมาย * กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและแนบเอกสารให้ครบทุกรายการ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานทะเบียนและคลังพัสดุ อาคารบริการ ชั้น 2

☎ 02-926-9289 ,9657 ✉ tuh.medicalsupplies@gmail.com

(เอกสารมีการแก้ไขเมื่อวันที่ 26 ก.พ. 2568)