

หน่วย/แผนก/กอง/.....

หนังสือการรับยาทดลองใช้ จากบริษัทฯ

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ตำแหน่ง.....
 ในฐานะเป็น ☐ ผอ.กองฯ โดยตำแหน่ง (กอง).....
☐ ผู้ได้รับการแต่งตั้งแทน ผอ.กองฯ (ชื่อตำแหน่ง).....

มีความประสงค์ขอรับยา.....ทดลองใช้โดยไม่มีมูลค่า
 จำนวน.....(กล่อง/เม็ด)¹ เป็นจำนวนเงินทั้งหมด..... บาท
 จากบริษัทฯ.....

ทั้งนี้ได้ประเมินประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์แล้ว (ชี้แจงตามเอกสาร/
 หลักฐานที่ส่งมาด้วย) โดยอาจารย์แพทย์ผู้ที่ยื่นเสนอยาทดลองใช้^{2,3} ได้แก่

1. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
2. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
3. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
4. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
5. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....

และหากพบเหตุไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าว บริษัทฯที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

- หมายเหตุ:** 1. กำหนดมูลค่าสุทธียาทดลองใช้ ไม่น้อยกว่า 15,000 บาท และมีจำนวนยาเพียงพอให้แพทย์
 ทดลองใช้ เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยานั้น ได้ตาม
 มาตรฐานเวชปฏิบัติ ที่เป็นที่ยอมรับตามที่แพทย์เห็นสมควร
2. อาจารย์แพทย์ผู้ที่ยื่นเสนอยาทดลองใช้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดโดย PTC โดยมีจำนวน
 อาจารย์แพทย์ลงนาม อย่างน้อย 5 ท่าน ยกเว้น ในกรณีหน่วยงานนั้นมีอาจารย์แพทย์
 ทั้งหมดน้อยกว่า 5 นาย ให้ลงนามเท่ากับจำนวนอาจารย์แพทย์ทั้งหมดที่มีอยู่
3. รายการยาที่ผ่านการรับรองเสนอการพิจารณาเป็นยาทดลองใช้ สามารถสั่งใช้ได้โดย อาจารย์
แพทย์ หน่วยงานหรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ อาจารย์แพทย์ ผู้ทดลองใช้ต้องเป็นผู้ประเมิน
 ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย รูปแบบลายลักษณ์อักษร ในแบบฟอร์มภาคผนวก ข

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.กอง.....

วันที่.....