

หน่วย/แผนก/กอง/.....

หนังสือการรับยาทดลองใช้ จากบริษัทฯ

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

มีความประสงค์ขอรับยา.....ทดลองใช้โดยไม่มีมูลค่า
จำนวน.....(กล่อง/เม็ด)^๑ เป็นจำนวนเงินทั้งหมด.....บาท
จากบริษัทฯ.....
ทั้งนี้ได้ประเมินประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์แล้ว (ชี้แจงตามเอกสาร/
หลักฐานที่ส่งมาด้วย) โดยอาจารย์แพทย์ผู้ที่ยื่นเสนอยาทดลองใช้^{๒,๓} ได้แก่

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
๒. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
๓. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
๔. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....
๕. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....รหัสแพทย์.....

และหากพบเหตุไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าว บริษัทฯที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

- หมายเหตุ:** ๑. กำหนดมูลค่ายาทดลองใช้ ไม่น้อยกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท และมีจำนวนยาเพียงพอให้แพทย์
ทดลองใช้ เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยานั้น ได้ตาม
มาตรฐานเวชปฏิบัติ ที่เป็นที่ยอมรับตามที่แพทย์เห็นสมควร
๒. อาจารย์แพทย์ผู้ที่ยื่นเสนอยาทดลองใช้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดโดย PTC โดยมีจำนวน
อาจารย์แพทย์สงวนม อย่างน้อย ๕ ท่าน ยกเว้น ในกรณีหน่วยงานนั้นมีอาจารย์แพทย์
ทั้งหมดน้อยกว่า ๕ นาย ให้ลงนามเท่ากับจำนวนอาจารย์แพทย์ทั้งหมดที่มีอยู่
๓. รายการยาที่ผ่านการรับรองเสนอการพิจารณาเป็นยาทดลองใช้ สามารถสั่งใช้ได้โดยแพทย์
ทั้งหน่วยหรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แพทย์ผู้ทดลองใช้ต้องเป็นผู้ประเมินด้าน
ประสิทธิภาพและความปลอดภัย รูปแบบลายลักษณ์อักษร ในแบบฟอร์มภาคผนวก ข

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.กอง.....

วันที่.....