

โครงการเบิกชดเชย ยา Erythropoietin ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผ่านระบบVMI องค์การเภสัชกรรม

O HD

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....स्पสขเขต.....

รายการยา (รหัสยา)	ชื่อบริษัท	ชนิด	ขนาดบรรจุ	เบิกยาตามใช้จริง/ผป.1 คน/เดือน ได้ไม่เกิน(ขวด)		ประมาณการ ใช้ยาต่อเดือน (ขวด)
				Hct<=30	Hct>30-36	
1. Erypro	Janssen	Prefill S	4000 IU	6	4	
2. Hypercrit	BJC	Vial (FD)	4000 IU	8	4	
3. Epokine	RX	Vial (liq)	4000 IU	8	4	
4. Espogen	Novatec	Vial (liq)	4000 IU	8	4	
5. Eporon	LION	Vial (liq)	4000 IU	10	5	
6. Epoetin	GPO	Prefill S	4000 IU	10	5	
7. Erytrogen	Ranbaxy	Vial (liq)	4000 IU	10	5	
8. Renogen	Great Easten	Vial (liq)	4000 IU	10	5	
9. Epiao	M&H	Vial (liq)	4000 IU	10	5	
10. Bioyetin	มณฑนา	Vial (FD)	4000 IU	10	5	

ผู้ให้ข้อมูลวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... โทร โทรสาร.....

ชื่อผู้รับยาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แผนกที่รับยา

รายละเอียดสถานที่ส่งยา ... (ห้อง / ชั้น / ชื่ออาคาร)

โทร โทรสาร.....

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณอำพล กายบริบูรณ์ 02-203-8914

คุณศรีสมัย โมกขมรรคกุล 02-203-8918

คุณกิตติ ระหงษ์ 02-203-8927

กรุณา Fax กลับที่องค์การเภสัชกรรม เบอร์โทรสาร 0-2203-8909, 0-2354-8854 หรือ e-mail : vmi@gpo.or.th