โครงการให้ยาเม็ดเสริมสารไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์
องค์การเภสัชกรรม

O คืนยา O คืนยาและปรับเปลี่ยนประมาณการใช้ยา O ปรับเปลี่ยนประมาณการใช้ยา

ของโรงพยาบาล…….…… จังหวัด……..……

รายการยา (รหัสยา)	ขนาดบรรจุ	จำนวนยาคืน (ขวด)	จำนวนหญิงฝากครรภ์ (คน/เดือน)		ประมาณการใช้ยาต่อเดือน (ขวด)	
			เดิม	ใหม่	เดิม	ใหม่
1. POTASSIUM IODINE 0.15 MG. + FOLIC ACID 0.4 MG IRON 60.81 MG. TABLETS 30 'S (TRIFERDINE 150) 110119090121	30’S					
2. POTASSIUM IODINE TABLETS 0.15 MG 60 'S (IODINE GPO) 110119100121	60’S					

ผู้ขอแก้ไขข้อมูล ..... โทร ..... โทรสาร.....

วันที่.....เดือน…….....พ.ศ.……

ผู้คืนยา ..... ผู้คืนยา .....

วันที่.....เดือน…....……...พ.ศ……. วันที่.....เดือน…....……...พ.ศ

…….....

<u>หมายเหตุ</u> รายการที่ 2 IODINE GPO จะนำขึ้นระบบ เมื่อมีของพร้อมจ่าย