

ลำดับที่...../.....

แบบฟอร์มขอเบิกยาด้านไวรัส  
โครงการ NAPHA EXTENSION

ส่วนที่ 1 ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....  
หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล..... จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์ขอเบิกยาด้านไวรัส ยา FDC (Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg /Efavirenz 600 mg) (Co-bottle) จำนวน .....ราย จำนวน.....ขวด จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. เพื่อใช้สำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....(ชื่อผู้ขอเบิก)

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งแบบฟอร์มกลับไป e-mail: [pharmacist\\_nx@hotmail.com](mailto:pharmacist_nx@hotmail.com) หรือ โทรสาร 02-590-3212

ผู้ประสานงานด้านบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาด้านไวรัส

คุณกัญญา วงษ์สุวรรณ โทรศัพท์ 02-590-3211 มือถือ 091-662-2247

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ 2 สำหรับ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

.....(ชื่อผู้พิจารณา)

.....(ชื่อผู้อนุมัติ)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ 3 สำหรับ หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

.....(ชื่อผู้รับของ)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ เนื่องจากยา ยา FDC (Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg /Efavirenz 600 mg) (Co-bottle) ยังไม่  
เข้าระบบ VMI ขอให้หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลจัดทำ Stock card ยาดังกล่าว เพื่อใช้ในการติดตาม  
การเบิก-จ่าย ต่อไป