

แบบฟอร์มการขอใบจ่ายยา Nexavar

Nexavar Patient Assistant Program (NPAP)

ข้าพเจ้า นพ. / พญ. โรงพยาบาล.....
เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ มีความประสงค์จะขออนุมัติจ่ายยา Nexavar 200 mg./เม็ด (60 เม็ด/กล่อง) ให้กับคนไข้ชื่อ.....HN.....
หมายเลขสมาชิกโครงการ.....ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรค.....
ระยะ..... โดยได้รับการประเมินแล้วและมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในขนาด (Dose).....ต่อวัน และผู้ป่วยได้ซื้อยารับประทานเองมาแล้วจำนวน 2 กล่อง(120เม็ด) ผู้ป่วยมีความประสงค์จะขอรับบริจาคยา Nexavar 200 mg. / tab. จำนวน 2 กล่อง(120 เม็ด)

ขณะนี้ผู้ป่วย มีการตอบสนองต่อยา ดังนี้

[] Response [] Stable [] Progress [] Other.....

ที่อยู่จัดส่งยา.....

บุคคลที่ติดต่อได้ชื่อ.....ความสัมพันธ์.....

โทรศัพท์(มือถือ)..... บ้าน..... แฟกซ์.....

เอกสารประกอบ มีดังนี้

- 1. ใบเสร็จรับเงินค่ายา Nexavar จากสถานพยาบาลที่รักษาอยู่ เฉพาะเมื่อรับยาบริจาคครั้งแรก
2. แผงยาที่รับประทานไปหมดแล้วจำนวน 12 แผง ในกรณีขอรับบริจาคยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

.....
(.....) (.....)

ผู้ป่วย

แพทย์ผู้ทำการรักษา

สำหรับมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สำหรับเจ้าหน้าที่) หมายเลข.....ครั้งที่.....