**BPaL(M)-02**

**แบบฟอร์มรายงานยาคงคลัง และการเบิกจ่ายยาวัณโรคดื้อยาด้วยสูตรยา BPaLM**

**หน่วยงานที่เบิก (Hospital)…..................................... จังหวัด (Province)…................….วันที่ (Date) .................................…**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ****No.** | **ชื่อยาและขนาดยา****(Drug name)** | **หน่วยนับ** **(เม็ด/แคปซูล)****Unit (’s)** | **จำนวนผู้ป่วย (ราย)****Amount of Patient** | **ผู้เบิกยา (Site)** | **ผู้จ่ายยา (Authorize)** |
| **จำนวนยาคงคลัง****Stock** **on hand** | **Lot****Number** | **Exp.****Date** | **จำนวนเบิก****Requested****Volume** | **จำนวนจ่าย****Distributed Volume** | **Lot****Number** | **Exp.****Date** |
| 1 | Bedaquiline 100 mg(400 mg OD for 14 วัน ต่อด้วย 200 mg จ/พ/ศ 24-37 สัปดาห์) | 188 tab/Box |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pretomanid 200 mg(200 mg OD ระยะเวลา 26 สัปดาห์) | 26 tab/Box |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Linezolid 600 mg(600 mg OD ระยะเวลา 26 สัปดาห์) | 100 tab/Box |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Moxifloxacin 400 mg(400 mg OD ระยะเวลา 26 สัปดาห์) | 100tab/Box |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ผู้รายงาน/ผู้เบิก (Site) ผู้จ่าย (Stock balance) ผู้รับรองการจ่าย (Approve) ผู้อนุมัติ (Authority)

ลงชื่อ……..........………………….. ลงชื่อ………........……………….. ลงชื่อ………................……………….. ลงชื่อ………….………..…………
 (……..…..…………………….) (……..…..…………………….) (……..…..…………………….) (……..…..……..………….…………….) ตำแหน่ง………………………... ตำแหน่ง…………………………. ตำแหน่ง….......………………………. ตำแหน่ง……….......…….……………….วันที่…………….......…………… วันที่………………………… วันที่……............…………………… วันที่…………...........……………………