



ที่ นน๐๐๓๒.๒/๑๔๓๘

โรงพยาบาลน่าน
เลขที่ ๑ ถ.วรวิชัย ต.ในเวียง
อ.เมืองน่าน จ.น่าน ๕๕๐๐๐

๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญร่วมเสนอราคายาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพร

เรียน ผู้จัดการบริษัท/หสม./ทจก.

ด้วยโรงพยาบาลน่านจะดำเนินการสืบราคายาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพร เพื่อจัดทำบัญชีผู้ขายประกอบการจัดซื้อของโรงพยาบาลน่าน ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๑๑๙ รายการ กำหนดยื่นราคา ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑ ถึง ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒

โรงพยาบาลน่านจึงขอเชิญผู้จำหน่ายที่สนใจเข้าร่วมเสนอราคา โดยกรอกข้อมูลตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒, ๓, ๔ พร้อมทั้งแนบตัวอย่างยาและเอกสารส่งที่งานบริหารเวชภัณฑ์(ยา) อาคารโภชนาการชั้น ๓ โรงพยาบาลน่าน ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ข้างต้น หรือส่งด้วยตนเอง ให้ถึงผู้รับภายใน ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดรายการยา แผนประมาณการซื้อ รวมถึงแบบฟอร์มต่าง ๆ ได้ที่ www.nanhospital.go.th หัวข้อ ข่าวประชาสัมพันธ์ เรื่อง “โรงพยาบาลน่านจัดสืบราคา ยา จำนวน ๑๑๙ รายการ” หรือ <https://goo.gl/CXfk1u>

- | | |
|--|--------------|
| ๑. เงื่อนไขเบื้องต้นและแนวทางคัดเลือกยาจังหวัดน่านปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบเสนอข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา (ส่วนที่ ๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบเสนอข้อมูลผู้ผลิต (ส่วนที่ ๒) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. ใบเสนอราคา (ส่วนที่ ๓) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. รายการยาสืบราคา จำนวน ๑๑๙ รายการ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ทั้งนี้หากบริษัทต้องการเสนอราคา โปรดส่งข้อมูลตามใบเสนอราคารูปแบบไฟล์ word หรือ Excel ด้วย เพื่อให้สามารถคัดลอกข้อมูลนำไปประมวลผลต่อได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยขอให้ส่งมาที่ nanprocure2015@gmail.com ภายในกำหนดเวลาเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาร่วมเสนอราคา

ขอแสดงความนับถือ

(นายภราดร มงคลจาตุรงค์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน



เงื่อนไขเบื้องต้นและแนวทางคัดเลือกยาจังหวัดน่าน ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒

การสืบราคาร่วมกันครั้งนี้ มีหลักการเดียวกับ วิธีจัดซื้อ “ประกาศเชิญชวนทั่วไป” ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยในมาตรา ๕๕ ได้กำหนดวิธีจัดซื้อ “ประกาศเชิญชวนทั่วไป” ซึ่งหมายถึง การที่หน่วยงานของรัฐเชิญชวนผู้ประกอบการทั่วไปที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่หน่วยงานของรัฐกำหนดให้เข้ายื่นข้อเสนอและ ตามหนังสือที่ กค.(กวจ)๐๔๐๕.๒/ว ๓๙๘ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง การยกเว้นการปฏิบัติตามกฎกระทรวงเรื่องพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน หมวด ๖ พัสตส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข เกี่ยวกับการจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซยา

เงื่อนไขเบื้องต้น

๑) โดยทั่วไปโรงพยาบาลในจังหวัดน่านจะจัดซื้อจากผลการสืบราคาที่ได้ตามลำดับก่อน แต่หากมีเหตุผลอื่นโรงพยาบาล**ขอสงวนสิทธิ์เลือกผู้ขายเองตามความจำเป็นต่อไป**

๒) สำหรับยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิตจำหน่าย โรงพยาบาลน่านจะจัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรมก่อน หากองค์การเภสัชกรรมแจ้งขาดจะจัดซื้อจากผลการสืบราคาที่ได้ตามลำดับก่อนหลัง

๓) สำหรับยานวัตกรรม โรงพยาบาลน่านจะจัดซื้อไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของเงินงบประมาณรวมค่าจัดซื้อยาจากบริษัทที่ได้ขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทยไว้ (มิใช่แต่ละรายการ)

๔) โรงพยาบาลอาจไม่สามารถจัดซื้อตามผลการสืบราคา ในกรณีต่อไปนี้

๔.๑) ยาที่กระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพที่ ๑ / จัดซื้อร่วมด้วยวิธี e-bidding(ประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์) ซึ่งมีการเซ็นสัญญาจะซื้อจะขายแล้ว

๔.๒) ยาที่ผู้ขายปรับราคาสูงขึ้นก่อนครบกำหนดยื่นราคา

๔.๓) วงเงินที่ใช้ในการจัดซื้อเกินกว่าที่กำหนดสำหรับวิธีจัดซื้อ “ประกาศเชิญชวนทั่วไป” และโรงพยาบาลต้องจัดซื้อด้วยวิธีอื่นเอง

๔.๔) รายการยานั้น ๆ มีราคาสูงกว่าราคากลางที่ประกาศใหม่ ณ วันนั้น ๆ

แนวทางคัดเลือกยา

ในการจัดลำดับผู้เสนอราคา ใช้หลักเกณฑ์ประเมินค่าประสิทธิภาพต่อราคา โดยมีตัวแปรดังนี้

๑. ราคา ๔๐ คะแนน

๒. คุณภาพและคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ต่อทางราชการ ๖๐ คะแนน

รวม ๑๐๐ คะแนน

ก่อนให้คะแนน

- ยาทุกประเภท มีผลตรวจวิเคราะห์ตามเงื่อนไขต่อไปนี้ทุกข้อ(MOPH criteria)

- ยาจากสมุนไพร ตรวจสอบ ๒ หัวข้อดังนี้

๑) สารสำคัญของยาจากสมุนไพร ที่ปรากฏในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ประกาศ ณ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑ รายการหากเป็นไปตามที่กำหนดจะได้รับการพิจารณาก่อน

๒) รหัส TMT หรือ ๒๔ หลักของยาจากสมุนไพรหากมีจะได้รับการพิจารณาก่อน สำหรับแนวทางให้คะแนนหัวข้อคุณภาพและคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ต่อทางราชการ มีการพิจารณาแบ่งเป็น ๔ หัวข้อและมีสัดส่วนคะแนนดังนี้

๑) มาตรฐานโรงงานผลิต ๒๐ %

- พิจารณาจากมาตรฐาน PICS โดยหน่วยงาน PIC/S participating authorities หรือเทียบเท่า GMP/PICS

๒) มาตรฐานผลิตภัณฑ์ ๑๐ %

- พิจารณาจากมาตรฐาน ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๑) WHO list of prequalified medicinal products

๒) Greenbook กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เล่ม ๑ ถึงปัจจุบัน

๓) บัญชีผลิตภัณฑ์ยา รับรองโดยเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ ประเทศไทย

๔) ยาที่มีผลตรวจวิเคราะห์ตามเงื่อนไขต่อไปนี้ทุกข้อ(MOPH criteria)

* ผลตรวจไม่น้อยกว่า ๓ รุ่นผลิต

* หัวข้อตรวจไม่น้อยกว่าใน Greenbook ฉบับล่าสุด

* ผลตรวจมีอายุไม่เกิน ๕ ปี

* ห้องปฏิบัติการที่ตรวจวิเคราะห์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้ทุกข้อ

๑) ไม่ใช่ของผู้ผลิต

๒) ได้รับการรับรอง Medical testing : ISO ๑๕๑๘๙ ตาม ISO/IEC ๑๗๐๒๕

๓) การรับรองในข้อ ๒) ได้จาก ILAC MRA Signatories หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓) มาตรฐานห้องปฏิบัติการของผู้ผลิต (ในรายการที่เสนอราคา) ๓๐ %

- พิจารณาจากมาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙ ซึ่งรับรองโดย ILAC MRA หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๔) คุณสมบัติที่เอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ๔๐ %

- พิจารณาจากคุณสมบัติต่อไปนี้

* ลักษณะภาชนะบรรจุสุดท้าย

* ลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์

* อายุของผลิตภัณฑ์

* การศึกษาความคงตัว

* การบริการหลังการขาย

* การป้องกันแสง(สำหรับยาบางรายการ)

* การศึกษาทางชีวสมมูล (สำหรับยาบางรายการ)

* การตรวจวิเคราะห์จากสมุนไพร(สำหรับยาบางรายการ)

หมายเหตุ

ยาเม็ดกับยาผงที่เป็นยาชื่อสามัญเดียวกันบางรายการเช่น Ferrous fumarate, Haloperidol, Perphenazine, Propranolol, Sodium bicarbonate, Vitamin B๑ และยาจากสมุนไพร อาจมีการจัดลำดับผู้ขายแยกเป็น ๒ บัญชี คือ แบบนับเม็ด และแบบผง เนื่องจากข้อกำหนดเรื่องงบประมาณและกำลังคนที่ต่างกันของโรงพยาบาล

การประกาศผล

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลน่าน <http://www.nanhospital.go.th> และป้ายประกาศของโรงพยาบาลน่าน ในวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ตั้งแต่ ๑๕.๐๐ น.เป็นต้นไป

แบบเสนอข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา

การสืบราคาขายจังหวัดน่าน ปี๒๕๖๑-๒๕๖๒ (กรุณากรอกข้อความและ ให้ครบถ้วน)
แบบฟอร์ม ๑ ฉบับ สำหรับยา ๑ รายการ

๑. รหัสผ่าน* *ดูจากรายการยาที่ เชิญร่วมเสนอราคา	๒. ชื่อการค้า	๓. ชื่อสามัญ/ความแรง/รูปแบบ
๔. ขนาดบรรจุ	๕. ผู้จำหน่าย	๖. ผู้ผลิต
๗. มาตรฐานผู้ผลิต ๒๐% <input type="checkbox"/> PICS โดย PIC/S participating authorities <input type="checkbox"/> เทียบเท่า GMP/PICS <input type="checkbox"/> มาตรฐาน GMP *โปรดแยกส่งเอกสารผู้ผลิต โดยใช้แบบเสนอข้อมูลส่วนที่ ๒*		๘. มาตรฐานผลิตภัณฑ์ ๑๐% <input type="checkbox"/> WHO list of prequalified medicinal products <input type="checkbox"/> Greenbook กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เล่ม.....หน้า..... <input type="checkbox"/> บัญชีผลิตภัณฑ์เครือข่ายรพ.กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ไทย <input type="checkbox"/> ยาที่มีผลตรวจวิเคราะห์ตามเงื่อนไข MOPH criteria
๙. มาตรฐานห้องปฏิบัติการของผู้ผลิต ๓๐% <input type="checkbox"/> ได้รับการรับรอง Medical testing : ISO ๑๕๑๘๙ ตาม ISO/IEC ๑๗๐๒๕ ISO ๑๕๑๘๙ ซึ่งรับรองโดย ILAC MRA หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในผลิตภัณฑ์ยาที่เสนอราคา		
๑๐. คุณสมบัติที่เอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ๔๐%		
๑๐.๑ อายุผลิตภัณฑ์	๑๐.๒ การศึกษาความคงตัว <input type="checkbox"/> มีการศึกษาครบอายุยา <input type="checkbox"/> มีการศึกษาไม่ครบอายุยา <input type="checkbox"/> ไม่มีการศึกษา	๑๐.๓ การศึกษาทางชีวสมมูล <input type="checkbox"/> เข้าเกณฑ์ต้องทำการศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่เข้าเกณฑ์
๑๐.๔ บริการหลังการขาย	๑๐.๕ การป้องกันแสง <input type="checkbox"/> เข้าเกณฑ์ป้องกันแสง <input type="checkbox"/> ไม่เข้าเกณฑ์	๑๐.๖ ลักษณะภาชนะบรรจุสุดท้ายและลักษณะ ทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ **(โรงพยาบาลเป็นผู้กรอก)
๑๑. เอกสารที่ส่งมาด้วย**โปรดเรียงเอกสารตามลำดับ ๑-๑๑** <input type="checkbox"/> ๑) ใบสำคัญขึ้นทะเบียนตำรับยา <input type="checkbox"/> ๒) ใบวิเคราะห์วัตถุโดยผู้ผลิตวัตถุ <input type="checkbox"/> ๓) ใบวิเคราะห์วัตถุโดยผู้ผลิตยา <input type="checkbox"/> ๔) ใบวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปตรงกับตัวอย่างยา <input type="checkbox"/> ๕) เอกสารแสดงรายชื่อใน WHO list (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๖) เอกสารแสดงรายชื่อใน Greenbook (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๗) เอกสารแสดงรายชื่อในบัญชีผลิตภัณฑ์ยาเครือข่าย โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ไทย (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๘) ผลวิเคราะห์ตามเงื่อนไข MOPH criteria (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๙) ใบรับรอง Medical testing : ISO ๑๕๑๘๙ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๑๐) การศึกษาความคงตัวของยา (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ๑๑) การศึกษาทางชีวสมมูล (เฉพาะยาที่เข้าเกณฑ์)		๑๒. ตัวอย่างยาที่ส่งมาด้วย <input type="checkbox"/> ยาเม็ด ๑๐ เม็ด <input type="checkbox"/> ยาฉีด ๒ แอมป์/ไวอัล <input type="checkbox"/> ยาน้ำรับประทาน/ยาผง ๒ ขวด/ซอง <input type="checkbox"/> ยาใช้ภายนอก ๒ หลอด/อัน -ขนาด > ๖๐ ml หรือ > ๓๐ g ให้ส่ง ๑ ตัวอย่าง - หากตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาชนะบรรจุขอให้ส่งภาพถ่ายภาชนะ บรรจุและฉลากของยานั้นแนบมาด้วย *หรือกรณีที่ไม่สามารถส่งตัวอย่างยามาได้ ขอส่งเป็นเอกสารสี เสมือนจริงหากเป็นเม็ดยาให้มี scale หน่วย mm และรูปถ่ายชัดเจนตั้งแต่ตัวอย่าง แผงหน้าหลัง (ถ้ามี) ภาชนะบรรจุ ๑๕. ระบุรหัส GPU และ TPU ในยาแผนปัจจุบันและยา สมุนไพรกรอกรหัส TMT หรือ รหัสยา ๒๔ หลัก ยาแผนปัจจุบัน GPU..... TPU..... สมุนไพร TMT/๒๔หลัก

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ข้อมูล เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....
ประทับตรา (ถ้ามี)

แบบเสนอข้อมูลผู้ผลิต
การสืบทายาจังหวัดน่านปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒

๑. ชื่อสถานที่ผลิต

.....
สถานที่ตั้ง.....
.....
.....

๒. ผู้จำหน่ายที่เสนอข้อมูล

.....
๓. มาตรฐานผู้ผลิต(ทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง) พร้อมแนบสำเนาเอกสารรับรอง จำนวน แผ่น

PICS (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme)

รับรองโดยหน่วยงาน PIC/S participating authorities

เทียบเท่า GMP/PICS รับรองโดยหน่วยงาน

GMPรับรองโดยหน่วยงาน

แบบฟอร์ม ๑ ฉบับ สำหรับผู้ผลิต ๑ แห่ง

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มนี้ได้ที่ <http://www.nanhospital.go.th> หัวข้อ “ชาวประชาสัมพันธ์”

ใบเสนอราคา
การซื้อเภสัชภัณฑ์โรงพยาบาลน่านปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

๑. ข้าพเจ้าผู้จำหน่ายยาบริษัท/หสม./หจก.เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....อยู่เลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรสาร.....โดย..... ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารเชิญร่วมเสนอราคา
ของโรงพยาบาลน่านโดยตลอด และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้วรวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดและไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอรายการพัสดุรวมทั้งบริการตามราคาและกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

รหัสยาน่าน*	ชื่อสามัญ	ความแรง	รูปแบบ	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อขนาดบรรจุ	ชื่อการค้า	เลขทะเบียนยา	ผู้ผลิต (กรณีผู้จำหน่ายไม่ใช่ผู้ผลิต)

(*รหัสยาน่าน โปรดดูจากเอกสารรายการยาที่เชิญร่วมเสนอราคา)

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา
(.....)
ตำแหน่ง.....
ประทับตรา (ถ้ามี)

ส่วนที่ ๓ (แผ่นต่อ)

รหัสยานาน*	ชื่อสามัญ	ความแรง	รูปแบบ	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อขนาดบรรจุ	ชื่อการค้า	เลขทะเบียนยา	ผู้ผลิต (กรณีผู้จำหน่ายไม่ใช่ผู้ผลิต)

(*รหัสนานาน โปรดดูจากเอกสารรายการยาที่เชิญร่วมเสนอราคา)

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 ประทับตรา (ถ้ามี)

๓.ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขเบื้องต้นของการสืบราคา ยา จังหวัดน่าน ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ ดังนี้

๑. โดยทั่วไปโรงพยาบาลในจังหวัดน่านจะจัดซื้อจากผลการสืบราคาที่ได้ตามลำดับก่อน แต่หากมีเหตุผลอื่นโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์เลือกผู้ขายเองตามความจำเป็นต่อไป
๒. สำหรับยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิตจำหน่าย โรงพยาบาลน่านจะจัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรมก่อน หากองค์การเภสัชกรรมแจ้งขาดจะจัดซื้อจากผลการสืบราคาที่ได้ตามลำดับก่อนหลัง
๓. สำหรับยานวัตกรรม โรงพยาบาลน่านจะจัดซื้อไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของเงินงบประมาณรวมค่าจัดซื้อยาจากบริษัทที่ได้ขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทยไว้ (มิใช่แต่ละรายการ)
๔. โรงพยาบาลอาจไม่สามารถจัดซื้อตามผลการสืบราคา ในกรณีต่อไปนี้
 - ๔.๑) ยาที่กระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพที่ ๑/ จัดซื้อร่วมด้วยวิธีe-bidding(ประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์) ซึ่งมีการเซ็นสัญญาจะซื้อจะขายแล้ว
 - ๔.๒) ยาที่ผู้ขายปรับราคาสูงขึ้นก่อนครบกำหนดยื่นราคา
 - ๔.๓) วงเงินที่ใช้ในการจัดซื้อเกินกว่าที่กำหนดสำหรับวิธีจัดซื้อ “ประกาศเชิญชวนทั่วไป”และโรงพยาบาลต้องจัดซื้อด้วยวิธีอื่นเอง
 - ๔.๔) รายการยานั้น ๆ มีราคาสูงกว่าราคากลางที่ประกาศใหม่ ณ วันนั้น ๆ
๕. ราคาที่เสนอเป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มภาษีอากรและค่าใช้จ่ายที่ส่งไว้ด้วยแล้ว
๖. ใบเสนอราคานี้ กำหนดยื่นราคาตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑ ถึง ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
๗. รายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ผู้แทนฝ่ายขายคือ
๘. กำหนดส่งมอบภายใน.....วันนับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ

ใบเสนอราคานี้เสนอมาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา (ถ้ามี)

รายการยาเชิงชุมชนให้เสนอราคา จำนวน ๑๑๙ รายการ

*หน่วยที่เสนอปรับได้ตามแต่ละบริษัท

ลำดับ	รหัสยานาน	รายการยา	หน่วย		จำนวน
๑.	1012020	BUPIVACAINE INJ 0.5% IN 20 ML	5	VIAL	300
๒.	1021040	COLCHICINE TAB 0.6 MG	500	TAB	1,440
๓.	1021110	PROBENECID TAB 500 MG	500	TAB	120
๔.	1021200	ASPIRIN ENTERIC COATED TAB 81 MG	1,000	TAB	2,400
๕.	1042060	N-ACETYLCYSTEINE INJ 300 MG IN 3 ML	50	AMP	100
๖.	1051010	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	50	TAB	960
๗.	1051020	CLONAZEPAM TAB 2 MG	500	TAB	420
๘.	1051070	TOPIRAMATE TAB 50 MG	60	TAB	600
๙.	1052050	SODIUM VALPROATE INJ 400 MG IN 4 ML	1	VIAL	432
๑๐.	1052060	LEVETIRACETAM INJ 500 MG	10	VIAL	72
๑๑.	1053020	SODIUM VALPROATE SYRUP 200 MG/ML IN 60 ML	1	BOTT	1,500
๑๒.	1063020	CETRIZINE SYRUP 10 MG/5 ML, 60 ML	1	BOTT	12,000
๑๓.	1071360	RIFAMPICIN TAB 600 MG	30	TAB	360
๑๔.	1071450	ITRACONAZOLE CAP 100 MG	100	CAP	240
๑๕.	1072130	AMPICILLIN 1000 MG + SULBACTAM 500 MG INJ	1	VIAL	780
๑๖.	1072190	ACYCLOVIR INJ 250 MG	1	VIAL	960
๑๗.	1072200	CEFOXITIN INJ.1 G	1	VIAL	3,600
๑๘.	1072250	CLINDAMYCIN INJ 150 MG/ML IN 4 ML	1	AMP	6,000
๑๙.	1072270	AMOXY 1 G+ K CLAVULONATE 200 MG INJ	1	VIAL	2,700
๒๐.	1072300	LEVOFLOXACIN INJ 750 MG	1	VIAL	300
๒๑.	1072330	CIPROFLOXACIN INJ 400 MG IN 200 ML	1	VIAL	2,400
๒๒.	1091060	TAMOXIFEN TAB 20 MG	100	TAB	600
๒๓.	1091100	AZATHIOPRINE TAB 50 MG	100	TAB	180
๒๔.	1091170	IMATINIB TAB 100 MG	60	TAB	3
๒๕.	1092040	DOXORUBICIN INJ 50 MG	1	VIAL	780
๒๖.	1092090	CARBOPLATIN INJ 150 MG IN 15 ML	1	VIAL	840
๒๗.	1092110	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 500 MG	1	VIAL	1,200
๒๘.	1092120	FLUOROURACIL INJ 1000 MG	1	VIAL	2,400
๒๙.	1092150	DOCETAXOL INJ 80 MG IN 4 ML	1	AMP	36
๓๐.	1092180	PACLITAXEL INJ 300 MG IN 50 ML	1	VIAL	300
๓๑.	1092240	GEMCITAMIDINE HCL INJ 1,000 MG	1	VIAL	120
๓๒.	1092270	OXALIPLATIN INJ 50 MG IN 25 ML	1	VIAL	420
๓๓.	1092360	IDARUBICIN INJ 10 MG	1	VIAL	24

ลำดับ	รหัสยานาน	รายการยา	หน่วย		จำนวน
๓๔.	1092390	HERCEPTIN INFUSION 600 MG	1	VIAL	4
๓๕.	1101030	BACLOFEN TAB 10 MG	200	TAB	600
๓๖.	1111040	WARFARIN TAB 5 MG	100	TAB	1,200
๓๗.	1111090	WARFARIN TAB 2 MG	100	TAB	2,000
๓๘.	1112010	HEPARIN INJ 5000 IU/ML IN 5 ML	1	VIAL	2,400
๓๙.	1112040	TRANEXAMIC ACID INJ 250 MG IN 5 ML	50	AMP	180
๔๐.	1112070	STREPTOKINASE INJ 1.5 MU	1	VIAL	72
๔๑.	1112080	ERYTHROPOIETIN ALFA INJ 4000 U_HYPERCRIT	1	SYRIN	2,400
๔๒.	1112110	ENOXAPARIN Na INJ 40 MG	2	SYRIN	960
๔๓.	1112120	FILGASTIM INJ 300 MCG	1	VIAL	1,200
๔๔.	1112170	ERYTHROPOIETIN ALFA INJ 4000 U_ESPOGEN	1	SYRIN	1,200
๔๕.	1131030	ENALAPRIL TAB 5 MG	1,000	TAB	2,400
๔๖.	1131050	HYDRALAZINE TAB 10 MG	500	TAB	1,200
๔๗.	1131090	METHYLDOPA TAB 250 MG	500	TAB	180
๔๘.	1131180	AMIODARONE TAB 200 MG	30	TAB	240
๔๙.	1131200	DILTIAZEM TAB 30 MG	100	TAB	1,800
๕๐.	1132110	DOBUTAMINE INJ 250 MG IN 20 ML	1	VIAL	2,000
๕๑.	1142010	TRIAMCINOLONE INJ 10 MG/ML IN 5 ML	1	VIAL	2,400
๕๒.	1147060	SILVER ZINC SULFADIAZINE 1% CREAM	500	G	180
๕๓.	1158010	BARIUM SULFATE SUSPENSION 300 ML	1	CAN	96
๕๔.	1169010	CHLORHEXIDINE 5% SOLUTION 5 L	1	GALL	240
๕๕.	1169090	CHLORHEXIDINE SCRUB 4% 5 L	1	GALL	540
๕๖.	1171050	SPIRONOLACTONE 25 MG TAB	500	TAB	420
๕๗.	1181120	HYOSCINE-N-BUTYL Br TAB 10 MG	500	TAB	240
๕๘.	1182070	OMEPRAZOLE INJ 40 MG IN 10ML	1	VIAL	15,000
๕๙.	1182100	ONDANSETRON INJ 4 MG IN 2 ML	5	AMP	1,440
๖๐.	1183050	ALUMINIUM+MAGNESIUM SUSP. 240 ML	1	BOTT	16,800
๖๑.	1191100	METHIMAZOLE TAB 5 MG	500	TAB	480
๖๒.	1191130	PROPYLTHIOURACIL TAB 50 MG	1,000	TAB	360
๖๓.	1191150	BROMOCRIPTINE TAB 2.5 MG	100	TAB	180
๖๔.	1191230	PIOGLITAZONE TAB 30 MG	30	TAB	9,000
๖๕.	1191240	ESTRADIOL VALERATE TAB 1 MG	30	TAB	1,800
๖๖.	1192010	DEXAMETHASONE INJ 4 MG IN 1 ML	1	AMP	24,000
๖๗.	1202140	TETANUS TOXOID 0.5 ML	1	AMP	5,000

ลำดับ	รหัสยานาน	รายการยา	หน่วย		จำนวน
๖๘.	1202240	HUMAN TETANUS IMMUNOGLOBULIN 250 IU IN 2 ML	1	VIAL	240
๖๙.	1202280	HBIG 180 IU IN 1 ML	1	AMP	120
๗๐.	1211010	PYRIDOSTIGMINE TAB 60 MG	120	TAB	240
๗๑.	1212050	ATRACURIUM INJ. 10 MG/ML IN 5 ML	5	VIAL	480
๗๒.	1212080	CISATRACURIUM BESYLATE INJ 2 MG/ML; 5 ML	5	AMP	180
๗๓.	1224060	CARBOMER EYE GEL 0.2%	1	BOTT	1,800
๗๔.	1224090	PILOCARPINE EYE DROP 2% 15 ML	1	BOTT	1,500
๗๕.	1224100	TEAR NATURAL FREE 0.03 FL.OZ (32 TUBE)	1	BOX	1,500
๗๖.	1224120	TIMOLOL MALEATE EYE DROP 0.5% 5 ML	1	BOTT	7,800
๗๗.	1224290	HYDROXYPROPYL MC EYE DROP 0.5%	1	BOTT	4,800
๗๘.	1224350	BALANCE SALT SOLN 500 ML PLASTIC BAG	1	BAG	720
๗๙.	1242050	CAPD 1.5%DEXTRO/LOW CALCIUM 5L	2	BAG	300
๘๐.	1242080	CAPD 7.5% EXTRANEAL ULTRABAG ICODextrin (6x2L)	1	BOX	36
๘๑.	1251120	LITHIUM CARBONATE CAP 300 MG	500	CAP	240
๘๒.	1251210	LAMOTRIGINE TAB 50 MG	30	TAB	660
๘๓.	1251230	CLOZAPINE TAB 100 MG	500	TAB	180
๘๔.	1251310	TRAZODONE TAB 50 MG	500	TAB	240
๘๕.	1252040	HALOPERIDOL DECANOATE INJ 50 MG IN 1 ML	1	AMP	1,800
๘๖.	1261070	MONTELUKAST Na FILM-COATED TAB 10 MG	28	TAB	2,400
๘๗.	1265040	BUDESONIDE INHALER 200 MCG/DOSE 200 DOSES	1	BOTT	3,000
๘๘.	1265070	IPRATROPIUM+FENETEROL RESP.SOLN 20 ML	1	BOTT	3,000
๘๙.	1265080	BUDESONIDE NASAL SPRAY 64 MCG/DOSE 120 DOSES	1	BOTT	1,920
๙๐.	1265090	IPRATROPIUM 0.5 MG+FENOTEROL 1.25 MG/UNIT DOSE	21	tube	1,200
๙๑.	1271040	CALCIUM CARBONATE TAB 600 MG	1,000	TAB	2,400
๙๒.	1272470	SODIUM CHLORIDE 0.9% FOR INFUSION 2,000 ML	1	BOTT	3,000
๙๓.	1291020	VITAMIN D2 (ERGOCALCIFEROL) CAP 20,000 IU	500	CAP	160
๙๔.	1291050	VITAMIN B CPX TAB	1,000	TAB	2,400
๙๕.	1291070	MULTIVITAMIN TAB	1,000	TAB	1,440
๙๖.	1291080	ALFACALCIDOL CAP 0.25 MCG	50	CAP	720
๙๗.	1292100	FAT EMULSION 20% IN 100 ML	1	BOTT	420
๙๘.	1303010	LACTULOSE SYRUP 66.7% 1,000 ML	1	BOTT	560

ลำดับ	รหัสยานาน	รายการยา	หน่วย		จำนวน
๙๙.	1303020	LACTULOSE SYRUP 66.7% 100 ML	1	BOTT	2,400
๑๐๐.	2021020	CODEINE 15 MG+PARATCETAMOL 300 MG TAB	500	TAB	300
๑๐๑.	2051000	PREGABALIN CAP 150 MG	56	CAP	30
๑๐๒.	2051010	PREGABALIN CAP 75 MG	56	CAP	60
๑๐๓.	2051020	LEVETIRACETAM FILM-COATED TAB 500 MG	60	TAB	96
๑๐๔.	2061020	LEVOCETRIZINE FILM-COATED TAB 5 MG	100	TAB	180
๑๐๕.	2071250	DIDANOSINE EC CAP 250 MG	30	CAP	36
๑๐๖.	2092030	IRINOTECAN HCl INJ 100 MG IN 5 ML	1	VIAL	60
๑๐๗.	2101100	DONEPEZIL HCl TAB 10 MG	28	TAB	40
๑๐๘.	2101120	PRAMIPEXOLE TAB 0.25 MG	30	TAB	100
๑๐๙.	2111020	TRANEXAMIC ACID TAB 250 MG	100	CAP	300
๑๑๐.	2132070	NICARDEPINE INJ 10 MG IN 10 ML	10	AMP	120
๑๑๑.	2186030	U-ENEMA 100 ML ADULT	1	BOTT	13,200
๑๑๒.	2191140	ALENDRONATE TAB 70 MG	4	TAB	1,800
๑๑๓.	2211040	ORPHENADRINE 35 MG+PARACETAMOL 450 MG/TAB	1,000	TAB	2,040
๑๑๔.	2231040	TROSPIUM Cl FILM-COATED TAB 30 MG	30	TAB	360
๑๑๕.	2231050	OXYBUTYNIN HCl TAB 5 MG	100	TAB	180
๑๑๖.	2251120	OLANZAPINE TAB 5 MG	30	TAB	84
๑๑๗.	2251130	OLANZAPINE TAB 10 MG	30	TAB	84
๑๑๘.	2301040	EZETIMIBE TAB 10 MG	30	TAB	600
๑๑๙.	2301080	PITAVASTATIN Ca TAB 2 MG	100	TAB	60

