**แบบฟอร์มรายงานยาคงคลัง และการเบิกจ่ายยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือน**

S-TR 08

**(Drugs stock report of shorter course regimen for MDR-TB treatment)**

**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 | Moxifloxacin 400 mg.  | 100's /Box |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Clofazimine 100 mg.  | 100's/Jar |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ethambutol 400 mg.  | 672/Blister |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Pyrazinamide 500 mg.  | 672/Box |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Isoniazid 300 mg. (Bl.) | 672/Box |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Isoniazid 100 mg.  | 500/Bottle |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Prothionamide 250 mg.  | 100's /Blister |  | - |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Amikacin 500mg/2ml. | 10 amp/Box |  | - |  |  |  |  |  |  |

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

 ลงชื่อ……………………….. ลงชื่อ……………………….. ลงชื่อ………...……………….. ลงชื่อ………….………..………………

 (……..…..…………………….) (……..…..…………………….) (……..…..…………………….) (……..…..……..………….…………….)

ตำแหน่ง………………………... ตำแหน่ง…………………………. ตำแหน่ง…………………………. ตำแหน่ง…………….……………….

 วันที่………………………… วันที่………………………… วันที่………………………… วันที่………………………………