**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) | 100  tab/Box |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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