

## แบบฟอร์มรายงานยาคงคลัง และการเบิกจ่ายยาวัณโรคตี้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือน

(Drugs stock report form for shorter regimen for MDR-TB treatment)

หน่วยงาน (Hospital) ..... จังหวัด (Province) ..... วันที่ (Date) .....

ลำดับ (No.)	ชื่อยาและขนาดยา (Drugs and dose)	หน่วยนับ (เม็ด/ แคปซูล) (Packaging unit)	จำนวนรับ Amount (Received)	Lot.Number	Exp.Date	จำนวนจ่าย Amount (Distributed)	จำนวนยาคงคลัง (Stock on hand)
1	Moxifloxacin 400 mg.	100's /Blister					
2	Clofazimine 100 mg.	100'c/Jar					
3	Ethambutol 400 mg.	672/Blister					
4	Pyrazinamide 500 mg.	672/Box					
5	Isoniazid 300 mg. (Bl.)	672/Box					
6	Prothionamide 250 mg.	100's/Blister					
7	Kanamycin 1,000 mg.	10 amp/Blister					

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (Reporter)

(. .. . . .)

ตำแหน่ง (Position).....

วันที่ (Date).....