**แบบฟอร์มขอสำรองยา Favipiravir ๒๐๐ mg**

 **วันที่...........เดือน................พ.ศ.................**

**๑. โรงพยาบาล (ผู้ขอสำรองยา) อุตรดิตถ์ รหัสโรงพยาบาล 10673**

 **ผู้ประสานงาน ชื่อ นางสาวเทียมใจ สกุล ตั้งเจริญไพศาล โทรศัพท์ 0871945972............................**

 **ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ**

**๒. จำนวนยาที่ต้องการเบิกสำรอง.....................เม็ด**

**๓. เหตุผลในการขอสำรองยาครั้งนี้....ใช้รักษาผู้ป่วย covid-19**

**๔. ผู้รับยา ชื่อ...........................................สกุล...........................................**

 **เลขที่บัตรประชาชน .....................................โทรศัพท์ ........................................**

**๕. วันที่รับยา วันที่.............เดือน....................พ.ศ........................เวลา.............................น**

**หมายเหตุ : รับยาที่ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน อาคารผู้ป่วยนอก ตรงข้ามร้านอเมซอล โรงพยาบาลพุทธชินราช**

 **รับยาแล้ว นำไปให้ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยอุบัติเหตุ รพ อุตรดิตถ์ …..ขอบคุณคะ**

**ผู้ประสานงาน ๑. ภก.เรืองศักดิ์ วิโรจน์วาณิช โทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๗๓ ๐๗๘๙
 ๒. ภญ.กัญญชนก จรูญศักดิ์ชัย โทรศัพท์ ๐๙ ๙๒๙๘ ๕๑๙๒**

**โทรศัพท์ ๐๕๕ – ๒๗๐ – ๓๐๐ ต่อ ๓๔๒๐๑-๕**

**โทรสาร -**

**อีเมล์** klungyabud@hotmail.com