



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ รอ ๐๐๓๒.๓๐๑/๐๑

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๑๑ ให้หน่วยงานของรัฐจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี และประกาศเผยแพร่ในระบบเครือข่ายสารสนเทศกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนดและให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐ นั้น

โรงพยาบาลอาจสามารถ ได้จัดทำประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง แล้วเสร็จ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติประกาศเพื่อเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้างดังกล่าว

ศุภชาติ สมมาตย์

ศุภชาติ สมมาตย์

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่

อนันต์

นายสันติภาพ นิสวัสดิ์
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- กตพ

- อนันต์

๕



ประกาศ โรงพยาบาลอาจสามารถ
เรื่อง เผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี และประกาศเผยแพร่ในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐ นั้น

โรงพยาบาลอาจสามารถ ขอประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายธารา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

โรงพยาบาลอานาจสามารถ (M๖๑๑๒๐๐๑๒๗๓) ลงวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลำดับ ที่	รหัสแผนจัดซื้อจัด จ้าง	ชื่อโครงการ	งบประมาณ โครงการ (บาท)	คาดว่าจะ ประกาศจัด ซื้อจัดจ้าง (เดือน/ปี)
๑	P๖๑๑๑๐๐๖๑๕๓๕	ซื้อยา Salmeterol ๒๕ mcg +Fluticasone ๕๐ mcg Inhaler จำนวน ๑๔๐๐ ขวด	๕๑๙,๘๐๖.๐๐	๑๒/๒๕๖๑
๒	P๖๑๑๑๐๐๖๑๕๖๓	ซื้อยา Soluble insulin ๓๐% + Isophane insulin ๗๐% ๑๐๐ IU/ml (๓ml) Sterile suspension จำนวน ๑๒,๐๐๐ หลอด	๘๘๘,๐๐๐.๐๐	๑๒/๒๕๖๑
๓	P๖๑๑๑๐๐๖๑๕๘๗	ซื้อยา Rabies vaccine ๐.๕ ml จำนวน ๕,๗๐๐ ไร่ อัล	๑,๔๘๒,๐๐๐.๐๐	๑๒/๒๕๖๑
๔	P๖๑๑๑๐๐๖๑๕๒๖	ซื้อ Rabies Immunoglobulin ๑๐๐๐ iu/๕ml (Equine) จำนวน ๙๒๐ ไร่อัล	๕๕๖,๓๔๒.๐๐	๑๒/๒๕๖๑
๕	P๖๑๑๑๐๐๖๑๕๓๒	ซื้อยา Salmeterol ๕๐ mcg + Fluticasone ๒๕๐ mcg Accuhaler จำนวน ๑,๙๒๐ ขวด	๘๘๗,๕๐๐.๘๐	๑๒/๒๕๖๑

แผนการจัดซื้อยา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

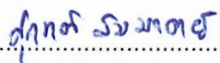
(งวดตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒)

โรงพยาบาลอาจสามารถ


อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

สรุปแผนจัดซื้อยา โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒


การจัดซื้อ	จัดซื้อทั้งหมด		จัดซื้อตามราคาอ้างอิงเขต		จัดซื้อเอง	
	รายการ	บาท	รายการ	บาท	รายการ	บาท
ไตรมาสถัดที่ ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	๑๗๖	๓,๕๐๕,๙๕๕.๖๔	๕๓	๑,๒๑๘,๙๙๑.๒๙	๑๒๓	๒,๒๘๖,๙๖๔.๓๕
ไตรมาสถัดที่ ๒ (ม.ค.-มี.ค.)	๒๐๕	๓,๕๒๐,๐๘๒.๘๒	๖๕	๑,๑๙๔,๗๐๕.๙๗	๑๔๐	๒,๓๒๕,๓๗๖.๘๕
ไตรมาสถัดที่ ๓ (เม.ย.-มิ.ย.)	๑๖๒	๓,๔๖๑,๖๖๑.๕๖	๕๒	๑,๒๑๔,๖๐๓.๒๑	๑๑๐	๒,๒๔๗,๐๕๘.๓๕
ไตรมาสถัดที่ ๔ (ก.ค.-ก.ย.)	๑๗๕	๓,๒๘๘,๖๐๒.๘๒	๕๔	๑,๑๑๕,๖๒๑.๐๔	๑๒๑	๒,๑๗๒,๙๘๑.๗๘
รวมทั้งสิ้น	๒๗๘	๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔	๘๔	๔,๗๔๓,๙๒๑.๕๑	๑๙๐	๙,๐๓๒,๓๘๑.๓๓



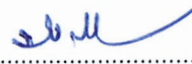
 (นายสุกชาติ สมมาตรย์)
 ผู้จัดทำแผน
 วันที่...../...../.....



 (นางสาวอินทิรา เจนสระคุ)
 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 วันที่...../...../.....



 (นายธรา รัตนอำนาจศิริ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ
 วันที่...../...../.....



 (นายปิติ ทั่งไพศาล)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
 วันที่...../...../.....

สรุปแผนการจัดซื้อยา
โรงพยาบาลอาจสามารถ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ประเภท	จำนวนรายการที่จะจัดซื้อ	จัดซื้อด้วยเงินงบประมาณ	จัดซื้อด้วยเงินบำรุง	รวมเงิน
ยา	๒๗๑		๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔	๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔
รวม	๒๗๑		๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔	๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔

(ลงชื่อ).....*ศุภชาติ สมมาตย์*.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน
(นายศุภชาติ สมมาตย์)
เภสัชกรชำนาญการ

(ลงชื่อ).....*สันติภาพ มีสวัสดิ์*.....ผู้เห็นชอบแผน
(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(ลงชื่อ).....*ธรรมา รัตนอำนวยศิริ*.....ผู้อนุมัติแผน
(นายธรรมา รัตนอำนวยศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

โรงพยาบาลอากสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑	ACYCLOVIR 400 MG	๗๐	TAB	๙๒	๙๒	๑๒๕	๑๒๐	๔	๑๑๖	๑๑๐	๒๙	๓,๑๙๐.๐๐	๒๙	๓,๑๙๐.๐๐	๒๙	๓,๑๙๐.๐๐	๒๙	๓,๑๙๐.๐๐	๑๒,๗๖๐.๐๐
๒	ADENOSINE 6 MG/2 ML INJECTION	๖	VIAL	๑๐	๑๖	๑๐	๒๐	๔	๑๖	๒๖๓๐.๑	๔	๑๐,๕๒๐.๒๔	๔	๑๐,๕๒๐.๒๔	๔	๑๐,๕๒๐.๒๔	๔	๑๐,๕๒๐.๒๔	๔๒,๐๘๐.๙๖
๓	ADRENALINE 1 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๑๑๗๐	๙๒๕	๗๐๐	๗๗๐	๘๒	๖๘๘	๓.๒๑	๒๐๐	๖๔๒.๐๐	๒๐๐	๖๔๒.๐๐	๒๐๐	๖๔๒.๐๐	๘๘	๒๘๒.๔๘	๒,๒๐๘.๔๘
๔	ALBENDAZOLE 100 MG/5 ML SUSPENSION	๑	BOT	๕๕๘	๒๘๐	๓๘๘	๔๒๗	๓๔	๓๙๓	๑๑	๑๐๐	๑,๑๐๐.๐๐	๑๐๐	๑,๑๐๐.๐๐	๑๐๐	๑,๑๐๐.๐๐	๙๓	๑,๐๒๓.๐๐	๔,๓๒๓.๐๐
๕	ALBENDAZOLE 200 MG	๑๐๐	TAB	๙๘	๖๘	๙๔	๑๐๓	๑๗	๘๖	๑๖๕	๔๕	๗,๔๒๕.๐๐	๐	-	๔๑	๖,๗๖๕.๐๐	๐	-	๑๔,๑๙๐.๐๐
๖	ALLOPURINOL 100 MG	๕๐๐	TAB	๑๔๕	๑๖๕	๑๕๕	๑๗๑	๒๐	๑๕๑	๑๙๐	๐	-	๘๐	๑๕,๒๐๐.๐๐	๐	-	๗๑	๑๓,๔๙๐.๐๐	๒๘,๖๙๐.๐๐
๗	ALPRAZOLAM 0.25 MG	๑๐๐	TAB	๔	๕	๘	๙	๕	๔	๖๐	๐	-	๔	๒๔๐.๐๐	๐	-	๐	-	๒๔๐.๐๐
๘	ALPRAZOLAM 1 MG	๑๐๐	TAB	๒๕	๒๐	๑๙	๒๐	๐	๒๐	๗๐	๑๐	๗๐๐.๐๐	๐	-	๑๐	๗๐๐.๐๐	๐	-	๑,๔๐๐.๐๐
๙	ALUM MILK 240 ML	๑	BOT	๙๗๒๐	๙๙๐๐	๑๑๔๐๙	๑๑๗๒๘	๓๗๒๘	๘๐๐๐	๑๔	๔๐๐๐	๕๖,๐๐๐.๐๐	๐	-	๔๐๐๐	๕๖,๐๐๐.๐๐	๐	-	๑๑๒,๐๐๐.๐๐
๑๐	AMIODALONE 150 MG INJECTION	๑	AMP	๖๐	๗๘	๑๐๗	๙๐	๗๐	๒๐	๘๐	๑๐	๘๐๐.๐๐	๐	-	๑๐	๘๐๐.๐๐	๐	-	๑,๖๐๐.๐๐
๑๑	AMITRIPTYLINE 10 MG	๕๐๐	TAB	๒๖	๒๙	๒๑	๒๕	๐	๒๕	๙๓.๔๑	๐	-	๑๐	๙๓๔.๑๐	๑๐	๙๓๔.๑๐	๕	๔๖๗.๐๕	๒,๓๓๕.๒๕
๑๒	AMITRIPTYLINE 25 MG	๕๐๐	TAB	๒๒	๓๐	๒๙	๓๐	๑๘	๑๒	๑๘๗.๒๕	๖	๑,๑๒๓.๕๐	๐	-	๖	๑,๑๒๓.๕๐	๐	-	๒,๒๔๗.๐๐
๑๓	AMLODIPINE 5 MG	๑๐๐	TAB	๑๓๓๐๕	๑๕๒๔๕	๑๖๘๘๘	๑๖๒๕๔	๔๒๕๔	๑๒๐๐๐	๓๘.๓๙	๓๐๐๐	๑๑๕,๑๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๑๑๕,๑๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๑๑๕,๑๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๑๑๕,๑๗๐.๐๐	๔๖๐,๖๘๐.๐๐
๑๔	AMOXYCILLIN 125 MG+CLAVULANIC ACID 31 MG	๑	BOT	๒๓๐	๒๑๓	๑๖๔	๒๐๐	๒๕	๑๗๕	๕๘	๙๐	๕,๒๒๐.๐๐	๐	-	๘๕	๔,๙๓๐.๐๐	๐	-	๑๐,๑๕๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากสามารถ

โรงพยาบาลอานาจสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๒ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๕	AMOXYCILLIN 500 MG	๕๐๐	CAP	๓๔๓	๓๓๔	๒๐๓	๒๓๓	๕๓	๑๘๐	๖๐๐	๔๕	๒๗,๐๐๐.๐๐	๔๕	๒๗,๐๐๐.๐๐	๔๕	๒๗,๐๐๐.๐๐	๔๕	๒๗,๐๐๐.๐๐	๑๐๘,๐๐๐.๐๐
๑๖	AMOXYCILLIN 500 MG+CLAVULANIC ACID 125 MG	๑๐๐	TAB	๑๕๒	๑๔๕	๑๐๙	๑๒๐	๑๕	๑๐๕	๔๙๐	๐	-	๕๕	๒๖,๙๕๐.๐๐	๐	-	๕๐	๒๔,๕๐๐.๐๐	๕๑,๔๕๐.๐๐
๑๗	AMPICILLIN 1 G INJECTION	๑	VIAL	๖๘๐	๕๙๕	๘๗	๑๘๐	๒๐	๑๖๐	๑๔	๔๐	๕๖๐.๐๐	๔๐	๕๖๐.๐๐	๔๐	๕๖๐.๐๐	๔๐	๕๖๐.๐๐	๒,๒๔๐.๐๐
๑๘	AMPICILLIN 500 MG INJECTION	๑	VIAL	๒๕๐	๔๐๐	๕๕๖	๔๖๐	๐	๔๖๐	๑๑	๑๑๕	๑,๒๖๕.๐๐	๑๑๕	๑,๒๖๕.๐๐	๑๑๕	๑,๒๖๕.๐๐	๑๑๕	๑,๒๖๕.๐๐	๕,๐๖๐.๐๐
๑๙	ANTACID TABLET	๑๐๐๐	TAB	๕๐	๓๑	๓๙	๔๒	๒๖	๑๖	๒๒๐	๘	๑,๗๖๐.๐๐	๐	-	๘	๑,๗๖๐.๐๐	๐	-	๓,๕๒๐.๐๐
๒๐	ANTAZOLINE+TETRAHYDROZOLINE EYE DROP	๑	BOT	๕๐๑๖	๕๓๓๒	๕๑๓๔	๕๕๖๐	๖๐	๕๕๐๐	๑๐.๑	๒๗๕๐	๒๗,๗๗๕.๐๐	๐	-	๒๗๕๐	๒๗,๗๗๕.๐๐	๐	-	๕๕,๕๕๐.๐๐
๒๑	AROMATIC AMMONIA SPIRIT 450 ML	๑	BOT	๖๐	๕๗	๕๖	๖๕	๔๕	๒๐	๖๙	๐	-	๒๐	๑,๓๘๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๓๘๐.๐๐
๒๒	ASPIRIN 300 MG	๕๐๐	TAB	๒	๙	๒	๒	๑	๑	๑๔๒	๐	-	๑	๑๔๒.๐๐	๐	-	๐	-	๑๔๒.๐๐
๒๓	ASPIRIN 81 MG	๑๐๐๐	TAB	๖๗๗	๖๖๒	๘๓๙	๙๐๒	๓๐๒	๖๐๐	๑๕๐	๑๕๐	๒๒,๕๐๐.๐๐	๑๕๐	๒๒,๕๐๐.๐๐	๑๕๐	๒๒,๕๐๐.๐๐	๑๕๐	๒๒,๕๐๐.๐๐	๙๐,๐๐๐.๐๐
๒๔	ATENOLOL 100 MG	๕๐๐	TAB	๒๖๑	๑๘๓	๑๓๗	๒๒๕	๑๐๕	๑๒๐	๒๑๐	๐	-	๖๐	๑๒,๖๐๐.๐๐	๐	-	๖๐	๑๒,๖๐๐.๐๐	๒๕,๒๐๐.๐๐
๒๕	ATENOLOL 50 MG	๕๐๐	TAB	๖๒๓	๔๖๗	๓๑๒	๔๖๙	๑๒๕	๓๔๔	๙๕	๘๖	๘,๑๗๐.๐๐	๘๖	๘,๑๗๐.๐๐	๘๖	๘,๑๗๐.๐๐	๘๖	๘,๑๗๐.๐๐	๓๒,๖๘๐.๐๐
๒๖	BISACODYL 5 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๑	๗	๕	๖	๕	๑	๑๒๐	๑	๑๒๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑๒๐.๐๐
๒๗	CALAMINE LOTION 15% W/V 60 ML	๑	BOT	๓๓๙๙	๒๙๓๑	๓๐๔๔	๓๓๓๐	๕๓๐	๒๘๐๐	๑๐	๐	-	๑๔๐๐	๑๔,๐๐๐.๐๐	๐	-	๑๔๐๐	๑๔,๐๐๐.๐๐	๒๘,๐๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานาจสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๓ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๘	CALCIUM CARBONATE 600 MG	๕๐๐	BOX	๐	๐	๒๗๑	๒๘๔	๘๔	๒๐๐	๑๖๐	๕๐	๘,๐๐๐.๐๐	๕๐	๘,๐๐๐.๐๐	๕๐	๘,๐๐๐.๐๐	๕๐	๘,๐๐๐.๐๐	๓๒,๐๐๐.๐๐
๒๙	CALCIUM GLUCONATE 0.45 MEQ/10 ML INJECTION	๑	AMP	๕๐	๑๐๐	๕๕	๖๐	๐	๖๐	๖.๔๒	๐	-	๖๐	๓๘๕.๒๐	๐	-	๐	-	๓๘๕.๒๐
๓๐	CALCIUM POLYSTYRENE SULFONATE 5 G	๑๐๐	SAC	๑๔	๒๔	๑๔	๑๕	๑๔	๑	๗๙๗	๐	-	๑	๗๙๗.๐๐	๐	-	๐	-	๗๙๗.๐๐
๓๑	CARBAMAZEPINE 200 MG	๕๐๐	TAB	๑๘	๑๙	๒๖	๒๔	๘	๑๖	๔๒๗.๕	๐	-	๘	๓,๔๒๐.๐๐	๐	-	๘	๓,๔๒๐.๐๐	๖,๘๔๐.๐๐
๓๒	CARVEDILOL 25 MG	๑๐๐	TAB	๑๐๒	๑๘	๕	๖	๐	๖	๔๘๐	๐	-	๖	๒,๘๘๐.๐๐	๐	-	๐	-	๒,๘๘๐.๐๐
๓๓	CARVEDILOL 6.25 MG	๑๐๐	TAB	๕	๑๙๖	๒๖๑	๒๗๐	๑๐	๒๖๐	๔๐๐	๖๕	๒๖,๐๐๐.๐๐	๖๕	๒๖,๐๐๐.๐๐	๖๕	๒๖,๐๐๐.๐๐	๖๕	๒๖,๐๐๐.๐๐	๑๐๔,๐๐๐.๐๐
๓๔	CEFAZOLIN 1 GM INJECTION	๑	VIAL	๕๙๐	๕๕๐	๓๒๗	๓๖๐	๒๐๐	๑๖๐	๑๗	๐	-	๘๐	๑,๓๖๐.๐๐	๐	-	๘๐	๑,๓๖๐.๐๐	๒,๗๒๐.๐๐
๓๕	CEFTAZIDIME 1 GM INJECTION	๑	VIAL	๒๙๙๐	๓๖๖๐	๓๕๔๕	๓๘๐๐	๐	๓๘๐๐	๑๘.๙๓	๙๕๐	๑๗,๙๘๓.๕๐	๙๕๐	๑๗,๙๘๓.๕๐	๙๕๐	๑๗,๙๘๓.๕๐	๙๕๐	๑๗,๙๘๓.๕๐	๗๑,๙๘๓.๕๐
๓๖	CEFTRIAXONE 1 GM INJECTION	๑	VIAL	๘๕๐๐	๘๕๐๐	๘๘๙๑	๙๗๘๐	๑๑๕๐	๘๖๓๐	๑๑.๕	๒๒๐๐	๒๕,๓๐๐.๐๐	๒๒๐๐	๒๕,๓๐๐.๐๐	๒๒๐๐	๒๕,๓๐๐.๐๐	๒๐๓๐	๒๓,๓๔๕.๐๐	๙๙,๖๔๕.๐๐
๓๗	CHLORAMPHENICOL 0.5% EYE DROP, 5 ML	๑	BOT	๑๑๓๘	๑๐๔๔	๘๑๒	๘๘๔	๘๔	๘๐๐	๑๒.๕	๒๐๐	๒,๕๐๐.๐๐	๒๐๐	๒,๕๐๐.๐๐	๒๐๐	๒,๕๐๐.๐๐	๒๐๐	๒,๕๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐
๓๘	CHLORAMPHENICOL 1% EAR DROP, 10 ML	๑	BOT	๒๒๖	๑๖๔	๕๕	๖๐	๓๐	๓๐	๒๕	๑๐	๒๕๐.๐๐	๑๐	๒๕๐.๐๐	๑๐	๒๕๐.๐๐	๐	-	๗๕๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายสุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๔ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ปริมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ปริมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๓๙	CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0.12% MOTH WASH	๑	BOT	๒๒๐	๒๔๒	๑๘๕	๒๐๔	๙๖	๑๐๘	๓๐	๐	-	๕๔	๑,๖๒๐.๐๐	๐	-	๕๔	๑,๖๒๐.๐๐	๓,๒๔๐.๐๐
๔๐	CHLORHEXIDINE GLUCONATE 4%, 0.5 L	๑	GAL	๑๔๓	๙๙	๑๒๑	๑๓๓	๓	๑๓๐	๑๒๐	๓๕	๔,๒๐๐.๐๐	๓๕	๔,๒๐๐.๐๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๑๕,๖๐๐.๐๐
๔๑	CHLORPHENIRAMINE MALEATE 10 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๙๓๐	๗๙๐	๙๓๓	๑๐๒๐	๒๐๐	๘๒๐	๒.๒๔	๒๐๕	๔๕๙.๒๐	๒๐๕	๔๕๙.๒๐	๒๐๕	๔๕๙.๒๐	๒๐๕	๔๕๙.๒๐	๑,๘๓๖.๘๐
๔๒	CHLORPHENIRAMINE MALEATE 2 MG/5 ML SYRUP	๑	BOT	๑๐๒๕๐	๙๙๕๐	๙๓๑๔	๑๐๓๗๖	๒๓๗๖	๘๐๐๐	๕	๐	-	๔๐๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๐	-	๔๐๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๔๐,๐๐๐.๐๐
๔๓	CHLORPHENIRAMINE MALEATE 4 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๓๘	๓๑๔	๓๑๕	๓๔๐	๑๔๐	๒๐๐	๕๐	๐	-	๑๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๐	-	๑๐๐	๕,๐๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐
๔๔	CHLORPROMAZINE 100 MG	๕๐๐	TAB	๕๐	๔๓	๖๐	๖๑	๑	๖๐	๒๕๗.๗๗	๐	-	๓๐	๗,๗๓๓.๑๐	๐	-	๓๐	๗,๗๓๓.๑๐	๑๕,๔๖๖.๒๐
๔๕	CHLORPROMAZINE 50 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๔	๑๐	๙	๑๔	๔	๑๐	๓๖๕	๕	๑,๘๒๕.๐๐	๐	-	๕	๑,๘๒๕.๐๐	๐	-	๓,๖๕๐.๐๐
๔๖	CHLORTETRACYCLINE 1% EYE OINTMENT	๑	TUBE	๐	๓๙	๑๓๑	๑๐๙	๒๙	๘๐	๑๓.๕	๐	-	๘๐	๑,๐๘๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๐๘๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๕ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๔๗	CIPROFLOXACIN 200 MG/100 ML INJECTION	๑	VIAL	๑๖๐	๑๕๐	๒๐๗	๒๐๐	๐	๒๐๐	๒๖.๗๖	๐	-	๑๐๐	๒,๖๗๖.๐๐	๐	-	๑๐๐	๒,๖๗๖.๐๐	๕,๓๕๒.๐๐
๔๘	CIPROFLOXACIN 500 MG	๕๐๐	TAB	๒๐	๑๖	๑๙	๒๐	๘	๑๒	๖๕๐	๖	๓,๙๐๐.๐๐	๐	-	๖	๓,๙๐๐.๐๐	๐	-	๗,๘๐๐.๐๐
๔๙	CLARITHROMYICIN 500 MG	๗๐	TAB	๑๔	๔๑	๖๖	๖๐	๐	๖๐	๘๔๐	๐	-	๓๐	๒๕,๒๐๐.๐๐	๐	-	๓๐	๒๕,๒๐๐.๐๐	๕๐,๔๐๐.๐๐
๕๐	CLINDAMYCIN 150 MG	๑๐๐	CAP	๐	๑๕๕	๑๙๑	๒๐๕	๔๕	๑๖๐	๑๖๕	๔๐	๖,๖๐๐.๐๐	๔๐	๖,๖๐๐.๐๐	๔๐	๖,๖๐๐.๐๐	๔๐	๖,๖๐๐.๐๐	๒๖,๔๐๐.๐๐
๕๑	CLONAZEPAM 2 MG	๕๐๐	TAB	๕	๗	๑๕	๑๔	๔	๑๐	๕๕๐	๐	-	๕	๒,๗๕๐.๐๐	๐	-	๕	๒,๗๕๐.๐๐	๕,๕๐๐.๐๐
๕๒	CLOPIDOGREL 75 MG	๑๐๐	TAB	๑๒๗	๑๒๙	๑๐๑	๑๑๐	๐	๑๑๐	๒๐๕.๖๒	๐	-	๕๕	๑๑,๓๐๙.๑๐	๐	-	๕๕	๑๑,๓๐๙.๑๐	๒๒,๖๑๘.๒๐
๕๓	CLOTRIMAZOLE 1% CREAM	๑	TUBE	๓๓๕๖	๓๓๗๖	๒๘๓๔	๓๑๑๗	๘๕๗	๒๒๖๐	๖	๕๖๕	๓,๓๙๐.๐๐	๕๖๕	๓,๓๙๐.๐๐	๕๖๕	๓,๓๙๐.๐๐	๕๖๕	๓,๓๙๐.๐๐	๑๓,๕๖๐.๐๐
๕๔	CLOTRIMAZOLE 100 MG VAGINAL TABLETS	๖	TAB	๑๔๔	๑๐๘	๑๔๔	๑๕๘	๑๑๐	๔๘	๑๐	๑๔	๑๔๐.๐๐	๐	-	๑๔	๑๔๐.๐๐	๐	-	๒๘๐.๐๐
๕๕	CLOXACILLIN 1 GM INJECTION	๑	VIAL	๓๐๐	๙๐๐	๓๒๗	๓๖๐	๒๕๐	๑๑๐	๑๖	๐	-	๑๑๐	๑,๗๖๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๗๖๐.๐๐
๕๖	CLOZAPINE 100 MG	๑๐๐	TAB	๓๒๕	๔๐๐	๔๐๙	๔๒๕	๑๖๕	๒๖๐	๑๕๐	๐	-	๑๓๐	๑๙,๕๐๐.๐๐	๐	-	๑๓๐	๑๙,๕๐๐.๐๐	๓๙,๐๐๐.๐๐
๕๗	CLOZAPINE 25 MG	๑๐๐	TAB	๒๒๐	๒๖๔	๒๐๓	๒๖๐	๑๒๐	๑๔๐	๑๑๒	๓๕	๓,๙๒๐.๐๐	๓๕	๓,๙๒๐.๐๐	๓๕	๓,๙๒๐.๐๐	๓๕	๓,๙๒๐.๐๐	๑๕,๖๘๐.๐๐
๕๘	COLCHICINE 0.6 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๑๕	๙๙	๑๐๐	๑๑๖	๓๖	๘๐	๓๒๐	๒๐	๖,๔๐๐.๐๐	๒๐	๖,๔๐๐.๐๐	๒๐	๖,๔๐๐.๐๐	๒๐	๖,๔๐๐.๐๐	๒๕,๖๐๐.๐๐
๕๙	CONJUGATED ESTROGEN 0.625 MG	๑๐๐	TAB	๘	๓	๑๑	๑๐	๒	๘	๔๒๕	๐	-	๘	๓,๔๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓,๔๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรรารัตน์ อำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๖ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ปริมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๖๐	CO-TRIMOXAZOLE 200+40 MG SUSPENSION	๑	BOT	๙๖๐	๙๖๐	๕๓๕	๕๘๙	๕๑๐	๗๙	๙.๕	๐	-	๗๙	๗๕๐.๕๐	๐	-	๐	-	๗๕๐.๕๐
๖๑	CO-TRIMOXAZOLE 400+80 MG	๕๐๐	TAB	๕๙	๓๖	๒๑	๒๕	๑๕	๑๐	๒๗๐	๐	-	๐	-	๑๐	๒,๗๐๐.๐๐	๐	-	๒,๗๐๐.๐๐
๖๒	D-5-N/2 1000 ML	๑	BAG	๑๙๙๗	๑๔๕๙	๑๑๗๕	๑๓๐๓	๓๐๓	๑๐๐๐	๒๙.๕	๒๕๐	๗,๓๗๕.๐๐	๒๕๐	๗,๓๗๕.๐๐	๒๕๐	๗,๓๗๕.๐๐	๒๕๐	๗,๓๗๕.๐๐	๒๙,๕๐๐.๐๐
๖๓	D-5-N/3 500 ML	๑	BAG	๖๑๕	๓๐๕	๖๒๕	๕๙๙	๑๙๙	๔๐๐	๒๗	๐	-	๒๐๐	๕,๔๐๐.๐๐	๐	-	๒๐๐	๕,๔๐๐.๐๐	๑๐,๘๐๐.๐๐
๖๔	D-5-S 1000 ML.	๑	BAG	๐	๗๐	๒๒๙	๒๖๐	๑๐๐	๑๖๐	๒๙.๕	๐	-	๘๐	๒,๓๖๐.๐๐	๐	-	๘๐	๒,๓๖๐.๐๐	๔,๗๒๐.๐๐
๖๕	D-5-W 500 ML	๑	BAG	๑๔๐	๑๐๐	๒๔๕	๒๙๕	๑๑๕	๑๘๐	๒๔.๔	๐	-	๙๐	๒,๑๙๖.๐๐	๐	-	๙๐	๒,๑๙๖.๐๐	๔,๓๙๒.๐๐
๖๖	DAPSONE 100 MG	๑๐๐	TAB	๑	๓	๑๒	๑๓	๑	๑๒	๒๘๐	๑๒	๓,๓๖๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๓,๓๖๐.๐๐
๖๗	DEXAMETHASONE 4 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๒๔๓๐	๒๕๓๐	๒๖๕๖	๒๗๒๕	๔๒๕	๒๓๐๐	๕.๓๔	๕๘๐	๓,๐๙๗.๒๐	๕๘๐	๓,๐๙๗.๒๐	๕๘๐	๓,๐๙๗.๒๐	๕๖๐	๒,๙๙๐.๔๐	๑๒,๒๘๒.๐๐
๖๘	DEXAMETHASONE+NEOM YCIN EYE DROP	๑	BOT	๔๘	๓๖	๓๙	๔๓	๑๒	๓๑	๑๒.๗๕	๐	-	๑๕	๑๙๑.๒๕	๐	-	๑๖	๒๐๔.๐๐	๓๙๕.๒๕
๖๙	DEXTROMETHORPHAN 15 MG	๕๐๐	TAB	๑๘๐	๑๔๓	๑๓๕	๑๕๒	๖๒	๙๐	๑๙.๕	๓๐	๕,๘๕๐.๐๐	๐	-	๓๐	๕,๘๕๐.๐๐	๓๐	๕,๘๕๐.๐๐	๑๗,๕๕๐.๐๐
๗๐	DEXTROSE 50% INJECTION	๑	BAG	๗๙๗	๑๐๗๒	๗๘๑	๘๖๐	๒๐๐	๖๖๐	๑๖	๑๖๕	๒,๖๔๐.๐๐	๑๖๕	๒,๖๔๐.๐๐	๑๖๕	๒,๖๔๐.๐๐	๑๖๕	๒,๖๔๐.๐๐	๑๐,๕๖๐.๐๐
๗๑	DIAZEPAM 10 MG/2ML INJECTION	๑	AMP	๗๖๓	๖๕๒	๖๖๐	๖๙๐	๒๕๐	๔๔๐	๓.๔	๐	-	๒๒๐	๗๔๘.๐๐	๐	-	๒๒๐	๗๔๘.๐๐	๑,๔๙๖.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอานาจสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๗ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๗๒	DIAZEPAM 2 MG	๕๐๐	TAB	๑๓๔	๘๕	๑๙	๒๑	๙	๑๒	๕๐.๓๔	๐	-	๑๒	๖๐๔.๐๘	๐	-	๐	-	๖๐๔.๐๘
๗๓	DIAZEPAM 5 MG	๑๐๐๐	TAB	๗๘	๓๘	๒๐	๒๒	๑๐	๑๒	๑๒๐	๐	-	๑๒	๑,๔๔๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๔๔๐.๐๐
๗๔	DICLOFENAC 1% GEL	๑	TUBE	๑๗๐	๑๐๐	๖๕	๗๐	๐	๗๐	๑๗	๒๐	๓๔๐.๐๐	๑๕	๒๕๕.๐๐	๑๕	๒๕๕.๐๐	๒๐	๓๔๐.๐๐	๑,๑๙๐.๐๐
๗๕	DICLOFENAC 25 MG	๑๐๐๐	TAB	๙๐	๖๗	๑๔๒	๑๕๑	๓๑	๑๒๐	๑๒๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๓๐	๓,๖๐๐.๐๐	๑๔,๔๐๐.๐๐
๗๖	DICLOFENAC 75 MG/3 ML INJECTION	๑	AMP	๑๓๐	๑๓๒๐	๒๑๑๖	๒๒๐๐	๔๐๐	๑๘๐๐	๒.๒	๔๕๐	๙๙๐.๐๐	๔๕๐	๙๙๐.๐๐	๔๕๐	๙๙๐.๐๐	๔๕๐	๙๙๐.๐๐	๓,๙๖๐.๐๐
๗๗	DICLOXACILLIN 250 MG	๕๐๐	CAP	๒๗๕	๒๕๕	๒๐๓	๒๒๐	๑๒๐	๑๐๐	๔๘๐	๐	-	๕๐	๒๔,๐๐๐.๐๐	๐	-	๕๐	๒๔,๐๐๐.๐๐	๔๘,๐๐๐.๐๐
๗๘	DICLOXACILLIN 62.5MG/5 ML DRY SYRUP	๑	BOT	๐	๓๘๐	๑๗๖๘	๑๙๓๙	๖๙๙	๑๒๔๐	๑๖.๙๕	๓๑๐	๕,๒๕๔.๕๐	๓๑๐	๕,๒๕๔.๕๐	๓๑๐	๕,๒๕๔.๕๐	๓๑๐	๕,๒๕๔.๕๐	๒๑,๐๑๘.๐๐
๗๙	DIDANOSINE 125 MG	๓๐	TAB	๔๑	๕๐	๗๕	๗๓	๓	๗๐	๓๔๕	๓๕	๑๒,๐๗๕.๐๐	๐	-	๓๕	๑๒,๐๗๕.๐๐	๐	-	๒๔,๑๕๐.๐๐
๘๐	DIGOXIN 0.25 MG	๑๐๐๐	TAB	๙	๘	๗	๘	๓	๕	๓๒๐	๕	๑,๖๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑,๖๐๐.๐๐
๘๑	DIGOXIN 0.50 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๑๕	๒๐	๓๘	๓๐	๐	๓๐	๓๕.๑	๓๐	๑,๐๕๓.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑,๐๕๓.๐๐
๘๒	DILTIAZEM 30 MG	๑๐๐	TAB	๒๐	๕	๑๒	๑๓	๒	๑๑	๗๘	๑๑	๘๕๘.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๘๕๘.๐๐
๘๓	DIMENHYDRINATE 50 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๑๐	๙๖	๑๐๗	๑๑๘	๒๘	๙๐	๑๗๕	๐	-	๓๐	๕,๒๕๐.๐๐	๓๐	๕,๒๕๐.๐๐	๓๐	๕,๒๕๐.๐๐	๑๕,๗๕๐.๐๐
๘๔	DIMENHYDRINATE 50 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๑๕๖๐	๑๕๙๐	๑๗๔๕	๑๘๐๐	๐	๑๘๐๐	๒.๙	๔๕๐	๑,๓๐๕.๐๐	๔๕๐	๑,๓๐๕.๐๐	๔๕๐	๑,๓๐๕.๐๐	๔๕๐	๑,๓๐๕.๐๐	๕,๒๒๐.๐๐
๘๕	DIPOTASSIUM CLORAZEPATE 5 MG	๑๐๐	CAP	๔๑	๒๗	๑๕	๑๙	๙	๑๐	๑๑๕	๐	-	๑๐	๑,๑๕๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๑๕๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานาจสามารถ

โรงพยาบาลอจสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๘ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๘๖	D-MEDROXYPROGESTERON E ACETATE 150 MG INJECTION	๑	VIAL	๑๗๘๐	๑๖๓๐	๑๕๗๑	๑๗๗๐	๕๗๐	๑๒๐๐	๙.๕	๓๐๐	๒,๘๕๐.๐๐	๓๐๐	๒,๘๕๐.๐๐	๓๐๐	๒,๘๕๐.๐๐	๓๐๐	๒,๘๕๐.๐๐	๑๑,๔๐๐.๐๐
๘๗	DOMPERIDONE 10 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๓๒	๙๐	๗๘	๘๒	๖๒	๒๐	๑๘๐	๐	-	๒๐	๓,๖๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓,๖๐๐.๐๐
๘๘	DOMPERIDONE 5 MG/5 ML SUSPENSION	๑	BOT	๒๔๔๐	๒๗๑๐	๒๕๔๑	๒๗๕๑	๔๕๑	๒๓๐๐	๖	๐	-	๑๑๕๐	๖,๙๐๐.๐๐	๐	-	๑๑๕๐	๖,๙๐๐.๐๐	๑๓,๘๐๐.๐๐
๘๙	DOXAZOSIN 2 MG	๕๐๐	TAB	๒๕๑	๓๓๖	๓๘๖	๔๐๓	๘๓	๓๒๐	๑๓๖	๘๐	๑๐,๘๘๐.๐๐	๘๐	๑๐,๘๘๐.๐๐	๘๐	๑๐,๘๘๐.๐๐	๘๐	๑๐,๘๘๐.๐๐	๔๓,๕๒๐.๐๐
๙๐	DOXYCYCLINE 100 MG	๑๐๐	CAP	๔๕	๔๕	๓๙	๔๓	๑๙	๒๔	๗๑	๐	-	๑๒	๘๕๒.๐๐	๐	-	๑๒	๘๕๒.๐๐	๑,๗๐๔.๐๐
๙๑	DROTAVERINE 40 MG	๑๐๐๐	TAB	๕๖	๓๒	๓๒	๓๕	๒๓	๑๒	๑๗๔๔.๑	๐	-	๑๒	๒๐,๙๒๙.๒๐	๐	-	๐	-	๒๐,๙๒๙.๒๐
๙๒	EFAVIRENZ 600 MG	๓๐	TAB	๘๗๖	๑๐๓๑	๑๐๓๕	๑๑๐๓	๒๐๓	๙๐๐	๑๘๐	๒๕๐	๔๕,๐๐๐.๐๐	๒๕๐	๔๕,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐	๑๖๒,๐๐๐.๐๐
๙๓	ENALAPRIL 20 MG	๑๐๐๐	TAB	๒๑๔	๒๐๘	๒๕๒	๒๕๒	๕๒	๒๐๐	๔๒๐	๕๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๕๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๕๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๕๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๘๔,๐๐๐.๐๐
๙๔	ENALAPRIL 5 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๐๒๑	๑๐๙๒	๑๒๔๓	๑๓๑๐	๑๓๐	๑๑๘๐	๑๙๐	๒๙๕	๕๖,๐๕๐.๐๐	๒๙๕	๕๖,๐๕๐.๐๐	๒๙๕	๕๖,๐๕๐.๐๐	๒๙๕	๕๖,๐๕๐.๐๐	๒๒๔,๒๐๐.๐๐
๙๕	ERGOTAMINE TARTRATE 1 MG+CAFFEIN 100 MG	๒๕๐	TAB	๔	๔	๕	๖	๕	๑	๓๐๐	๐	-	๑	๓๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓๐๐.๐๐
๙๖	ETHYL ALCOHOL 70%, 450 ML	๑	BOT	๒๑๓๒	๑๘๒๓	๑๗๐๙	๑๗๙๓	๓๙๓	๑๔๐๐	๒๗.๘๒	๓๕๐	๙,๗๓๗.๐๐	๓๕๐	๙,๗๓๗.๐๐	๓๕๐	๙,๗๓๗.๐๐	๓๕๐	๙,๗๓๗.๐๐	๓๘,๙๔๘.๐๐
๙๗	ETHYL ALCOHOL 70%, 60 ML	๑	BOT	๕๙๗๐	๖๒๘๐	๖๑๙๐	๖๒๐๐	๕๐๐	๕๗๐๐	๘.๕	๑๔๕๐	๑๒,๓๒๕.๐๐	๑๔๐๐	๑๑,๙๐๐.๐๐	๑๔๕๐	๑๒,๓๒๕.๐๐	๑๔๐๐	๑๑,๙๐๐.๐๐	๔๘,๕๕๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอจสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๙ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๙๘	ETHYL ALCOHOL 95%, 450 ML	๑	BOT	๔๑	๗๒	๓๑	๓๔	๒๔	๑๐	๔๐	๑๐	๔๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๔๐๐.๐๐
๙๙	FENOFIBRATE 100 MG	๑๐๐	CAP	๑๓๖	๑๑๙	๑๒๒	๑๓๒	๓๒	๑๐๐	๒๐๘.๗๙	๒๕	๕,๒๑๙.๗๕	๒๕	๕,๒๑๙.๗๕	๒๕	๕,๒๑๙.๗๕	๒๕	๕,๒๑๙.๗๕	๒๐,๘๗๙.๐๐
๑๐๐	FENOFIBRATE 300 MG	๑๐๐	TAB	๓๒๖	๒๘๗	๑๔๖	๑๖๐	๖๐	๑๐๐	๕๐๐	๒๕	๑๒,๕๐๐.๐๐	๒๕	๑๒,๕๐๐.๐๐	๒๕	๑๒,๕๐๐.๐๐	๒๕	๑๒,๕๐๐.๐๐	๕๐,๐๐๐.๐๐
๑๐๑	FERROUS FUMARATE 200 MG	๑๐๐๐	TAB	๔๕๒	๓๓๓	๔๐๙	๔๔๑	๒๘๑	๑๖๐	๑๓๕	๔๐	๕,๔๐๐.๐๐	๔๐	๕,๔๐๐.๐๐	๔๐	๕,๔๐๐.๐๐	๔๐	๕,๔๐๐.๐๐	๒๑,๖๐๐.๐๐
๑๐๒	FERROUS SULFATE+MINERALS SYRUP 60 ML	๑	BOT	๑๗๐๐	๓๘๕๐	๒๖๑๘	๒๗๐๐	๕๐๐	๒๒๐๐	๑๐	๑๑๐๐	๑๑,๐๐๐.๐๐	๐	-	๑๑๐๐	๑๑,๐๐๐.๐๐	๐	-	๒๒,๐๐๐.๐๐
๑๐๓	FLUCONAZOLE 200 MG	๕๐	CAP	๑๑	๑๖	๑๑	๑๒	๖	๖	๓๐๐	๐	-	๖	๑,๘๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๘๐๐.๐๐
๑๐๔	FLUOXETINE 20 MG	๕๐๐	CAP	๙๔	๑๐๖	๑๐๑	๑๑๑	๑๑	๑๐๐	๓๒๐	๒๕	๘,๐๐๐.๐๐	๒๕	๘,๐๐๐.๐๐	๒๕	๘,๐๐๐.๐๐	๒๕	๘,๐๐๐.๐๐	๓๒,๐๐๐.๐๐
๑๐๕	FLUPHENAZINE DECANOATE 25 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๔๖๐	๔๕๐	๓๙๓	๔๐๐	๑๗๐	๒๓๐	๒๙	๖๐	๑,๗๔๐.๐๐	๖๐	๑,๗๔๐.๐๐	๖๐	๑,๗๔๐.๐๐	๕๐	๑,๔๕๐.๐๐	๖,๖๗๐.๐๐
๑๐๖	FOLIC ACID 5 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๓๑	๓๒๑	๓๕๘	๓๘๖	๑๔๖	๒๔๐	๒๐๐	๖๐	๑๒,๐๐๐.๐๐	๖๐	๑๒,๐๐๐.๐๐	๖๐	๑๒,๐๐๐.๐๐	๖๐	๑๒,๐๐๐.๐๐	๔๘,๐๐๐.๐๐
๑๐๗	FUROSEMIDE 20 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๑๘๐๐	๒๐๐๐	๑๔๗๓	๑๖๐๐	๔๐๐	๑๒๐๐	๔.๘๒	๓๐๐	๑,๔๔๖.๐๐	๓๐๐	๑,๔๔๖.๐๐	๓๐๐	๑,๔๔๖.๐๐	๓๐๐	๑,๔๔๖.๐๐	๕,๗๘๔.๐๐
๑๐๘	FUROSEMIDE 40 MG	๕๐๐	TAB	๑๐๔	๘๘	๗๕	๘๖	๓๖	๕๐	๑๔๐.๐๗	๑๕	๒,๑๐๑.๐๕	๑๐	๑,๔๐๐.๗๐	๑๕	๒,๑๐๑.๐๕	๑๐	๑,๔๐๐.๗๐	๗,๐๐๓.๕๐
๑๐๙	FUROSEMIDE 500 MG	๑๐๐	TAB	๒๓	๗	๒๓	๒๕	๐	๒๕	๑๕๐	๒๕	๓,๗๕๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๓,๗๕๐.๐๐
๑๑๐	GABAPENTIN 300 MG	๑๐๐	CAP	๔๙๕	๕๓๗	๔๒๐	๔๖๘	๑๙๘	๒๗๐	๒๓๒	๐	-	๑๐๐	๒๓,๒๐๐.๐๐	๑๐๐	๒๓,๒๐๐.๐๐	๗๐	๑๖,๒๔๐.๐๐	๖๒,๖๔๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๐ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๑๑	GEMFIBROZIL 600 MG	๕๐๐	TAB	๒๗๒	๑๙๘	๑๓๓	๑๔๗	๕๗	๙๐	๓๙๕	๓๐	๑๑,๘๕๐.๐๐	๓๐	๑๑,๘๕๐.๐๐	๓๐	๑๑,๘๕๐.๐๐	๐	-	๓๕,๕๕๐.๐๐
๑๑๒	GLIPIZIDE 5 MG	๕๐๐	TAB	๘๐๑	๑๑๔๗	๑๔๔๑	๑๕๖๐	๔๖๐	๑๑๐๐	๗๐	๓๐๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๓๐๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๓๐๐	๒๑,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๑๔,๐๐๐.๐๐	๗๗,๐๐๐.๐๐
๑๑๓	GLYCERINE OF BORAX	๑	BOT	๐	๐	๑๓๑	๑๔๒	๗๒	๗๐	๑๑	๗๐	๗๗๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๗๗๐.๐๐
๑๑๔	GLYCERYL GUIACOLATE 100 MG	๕๐๐	TAB	๒๗๐	๓๑๒	๓๔๐	๓๗๐	๐	๓๗๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๗๐	๗,๐๐๐.๐๐	๓๗,๐๐๐.๐๐
๑๑๕	GLYCERYL GUIACOLATE 100 MG/5 ML SYRUP	๑	BOT	๑๒๗๙๐	๑๑๑๕๐	๑๑๖๑๘	๑๑๗๐๐	๑๗๐๐	๑๐๐๐๐	๘	๒๕๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๐,๐๐๐.๐๐	๘๐,๐๐๐.๐๐
๑๑๖	HALOPERIDOL 5 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๘	๔๕	๓๖	๔๐	๑๔	๒๖	๗๔๐	๐	-	๑๓	๙,๖๒๐.๐๐	๐	-	๑๓	๙,๖๒๐.๐๐	๑๙,๒๔๐.๐๐
๑๑๗	HALOPERIDOL 5 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๕๐	๘๐	๑๓๑	๑๔๔	๐	๑๔๔	๙.๗๒	๑๔๔	๑,๓๙๙.๖๘	๐	-	๐	-	๐	-	๑,๓๙๙.๖๘
๑๑๘	HYDRALAZINE 25 MG	๕๐๐	TAB	๐	๕๐	๑๘๔	๒๐๓	๑๑	๑๙๒	๕๒๐	๔๘	๒๔,๙๖๐.๐๐	๔๘	๒๔,๙๖๐.๐๐	๔๘	๒๔,๙๖๐.๐๐	๔๘	๒๔,๙๖๐.๐๐	๙๙,๘๔๐.๐๐
๑๑๙	HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG	๕๐๐	TAB	๐	๒๙๔	๒๗๗	๒๘๗	๘๗	๒๐๐	๙๐	๕๐	๔,๕๐๐.๐๐	๕๐	๔,๕๐๐.๐๐	๕๐	๔,๕๐๐.๐๐	๕๐	๔,๕๐๐.๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐
๑๒๐	HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG+AMILORIDE 5 MG	๕๐๐	TAB	๒๒	๑๗	๑๕	๑๗	๖	๑๑	๑๕๐	๐	-	๑๑	๑,๖๕๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๖๕๐.๐๐
๑๒๑	HYDROCORTISONE 100 MG INJECTION	๑	VIAL	๒๘๐	๒๗๐	๒๑๘	๒๔๐	๑๐๐	๑๔๐	๔๘	๐	-	๗๐	๓,๓๖๐.๐๐	๐	-	๗๐	๓,๓๖๐.๐๐	๖,๗๒๐.๐๐
๑๒๒	HYDROGEN PEROXIDE 6%V/V, 30 ML	๑	BOT	๓๐	๙๐	๑๐๑	๑๑๗	๕๗	๖๐	๘	๐	-	๖๐	๔๘๐.๐๐	๐	-	๐	-	๔๘๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตน์อำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๑ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๒๓	HYDROXYZINE 10 MG	๕๐๐	TAB	๔๖	๔๖	๓๖	๔๐	๓๗	๓	๑๒๐	๐	-	๓	๓๖๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓๖๐.๐๐
๑๒๔	HYOSCINE-N-BUTYLBROMIDE 20 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๑๒๓๐	๑๐๒๐	๑๐๘๐	๑๑๒๐	๒๒๐	๙๐๐	๑๐.๒๕	๒๕๐	๒,๕๖๒.๕๐	๒๕๐	๒,๕๖๒.๕๐	๒๐๐	๒,๐๕๐.๐๐	๒๐๐	๒,๐๕๐.๐๐	๙,๒๒๕.๐๐
๑๒๕	HYOSCINE-N-BUTYLBROMIDE 5 MG/5 ML SYRUP	๑	BOT	๒๓๘	๒๓๔	๓๕๘	๓๙๐	๓๔๐	๕๐	๑๘	๐	-	๐	-	๕๐	๙๐๐.๐๐	๐	-	๙๐๐.๐๐
๑๒๖	IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	๑	BOT	๒๐๐	๑๗๐	๑๔๒	๑๗๐	๕๐	๑๒๐	๑๐	๐	-	๖๐	๖๐๐.๐๐	๐	-	๖๐	๖๐๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐
๑๒๗	IBUPROFEN 200 MG	๑๐๐๐	TAB	๒๓๘	๒๖๖	๗๐	๑๐๐	๐	๑๐๐	๔๖๐	๐	-	๕๐	๒๓,๐๐๐.๐๐	๐	-	๕๐	๒๓,๐๐๐.๐๐	๔๖,๐๐๐.๐๐
๑๒๘	INSULIN GLARGINE 100 IU/ML, 3 ML	๑	VIAL	๐	๐	๒๑๘	๒๔๐	๕๐	๑๙๐	๓๕๐	๕๐	๑๗,๕๐๐.๐๐	๕๐	๑๗,๕๐๐.๐๐	๕๐	๑๗,๕๐๐.๐๐	๔๐	๑๔,๐๐๐.๐๐	๖๖,๕๐๐.๐๐
๑๒๙	INSULIN MIXTARD 30/70 100 IU/ML, 3 ML	๑	VIAL	๑๑๒๘๐	๑๑๕๘๕	๑๓๓๕๓	๑๓๕๐๐	๑๕๐๐	๑๒๐๐๐	๗๔	๓๐๐๐	๒๒๒,๐๐๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๒๒,๐๐๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๒๒,๐๐๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๒๒,๐๐๐.๐๐	๘๘๘,๐๐๐.๐๐
๑๓๐	INSULIN NPH 100 IU/ML, 3 ML	๑	VIAL	๒๗๗๐	๒๕๒๐	๒๖๒๙	๒๘๘๐	๔๘๐	๒๔๐๐	๗๗.๖	๖๐๐	๔๖,๕๖๐.๐๐	๖๐๐	๔๖,๕๖๐.๐๐	๖๐๐	๔๖,๕๖๐.๐๐	๖๐๐	๔๖,๕๖๐.๐๐	๑๘๖,๒๔๐.๐๐
๑๓๑	INSULIN REGULAR 100 IU/ML, 3 ML	๑	VIAL	๒๓	๓๗	๕๘	๖๕	๑๗	๔๘	๗๐	๑๒	๘๔๐.๐๐	๑๒	๘๔๐.๐๐	๑๒	๘๔๐.๐๐	๑๒	๘๔๐.๐๐	๓,๓๖๐.๐๐
๑๓๒	IPRATROPIUM BROMIDE+FENOTEROL SOLUTION, 4 ML	๒๐	NEB	๒๑๓	๓๒๐	๔๕๖	๔๖๐	๐	๔๖๐	๓๐๐	๑๑๕	๓๔,๕๐๐.๐๐	๑๑๕	๓๔,๕๐๐.๐๐	๑๑๕	๓๔,๕๐๐.๐๐	๑๑๕	๓๔,๕๐๐.๐๐	๑๓๘,๐๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๒ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้อย่นหลัง ๓ปี			ประมาณการ ใช้งบปี ๒๕๖๒	ปริมาณ คงคลัง	ประมาณ จัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อ หน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๓๓	ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG	๕๐๐	BOX	๐	๐	๗๐	๗๔	๓๔	๔๐	๒๗๐	๑๐	๒,๗๐๐.๐๐	๑๐	๒,๗๐๐.๐๐	๑๐	๒,๗๐๐.๐๐	๑๐	๒,๗๐๐.๐๐	๑๐,๘๐๐.๐๐
๑๓๔	ITRACONAZOLE 100 MG	๑๐๐	CAP	๑๕	๒๙	๓๖	๔๐	๑๐	๓๐	๗๓๒	๑๕	๑๐,๙๘๐.๐๐	๐	-	๑๕	๑๐,๙๘๐.๐๐	๐	-	๒๑,๙๖๐.๐๐
๑๓๕	KETOCONAZOLE 2%W/V SHAMPOO	๑	BOT	๑๙๑	๑๖๘	๑๘๓	๑๙๘	๙๘	๑๐๐	๖๐	๐	-	๕๐	๓,๐๐๐.๐๐	๐	-	๕๐	๓,๐๐๐.๐๐	๖,๐๐๐.๐๐
๑๓๖	LAMIVUDINE 300 MG	๓๐	TAB	๓๕๖	๗๕๕	๑๓๐๐	๑๓๐๗	๑๐๗	๑๒๐๐	๑๘๖.๘	๓๐๐	๕๖,๐๔๐.๐๐	๓๐๐	๕๖,๐๔๐.๐๐	๓๐๐	๕๖,๐๔๐.๐๐	๓๐๐	๕๖,๐๔๐.๐๐	๒๒๔,๑๖๐.๐๐
๑๓๗	LEVODOPA 250 MG+CARBIDOPA 25 MG	๑๐๐	TAB	๑๔๕	๑๕๕	๑๖๙	๑๘๐	๕๐	๑๓๐	๓๔๗	๐	-	๖๕	๒๒,๕๕๕.๐๐	๐	-	๖๕	๒๒,๕๕๕.๐๐	๔๕,๑๑๐.๐๐
๑๓๘	LEVONORGESTREL 0.15 MG+ETHINYLESTRADIOL 0.03 MG	๕๐	PACK	๑๗๔	๑๑๓	๑๑๖	๑๒๘	๔๓	๘๕	๓๕๐	๐	-	๔๕	๑๕,๗๕๐.๐๐	๐	-	๔๐	๑๔,๐๐๐.๐๐	๒๙,๗๕๐.๐๐
๑๓๙	LEVOTHYROXINE 0.1 MG	๕๐๐	TAB	๓๗	๔๐	๓๙	๔๑	๑๑	๓๐	๑๓๐	๑๕	๑,๙๕๐.๐๐	๐	-	๑๕	๑,๙๕๐.๐๐	๐	-	๓,๙๐๐.๐๐
๑๔๐	LIDOCAINE 2% INJECTION	๑	VIAL	๑๓๙	๑๒๔	๑๓๐	๑๓๗	๑๗	๑๒๐	๓๑.๖๖	๖๐	๑,๘๙๙.๖๐	๐	-	๖๐	๑,๘๙๙.๖๐	๐	-	๓,๗๙๙.๒๐
๑๔๑	LOCAL ANESTHETIC+CORTICOSTEROID SUPPOSITORY	๑๐	TAB	๒๐๐	๑๕๐	๑๗๕	๑๙๐	๘๐	๑๑๐	๖๐	๐	-	๖๐	๓,๖๐๐.๐๐	๐	-	๕๐	๓,๐๐๐.๐๐	๖,๖๐๐.๐๐
๑๔๒	LOPINAVIR 200 MG+RITONAVIR 50 MG	๑๒๐	TAB	๒๒๔	๒๖๐	๓๓๑	๓๒๙	๒๙	๓๐๐	๑๕๘๕.๔	๗๕	๑๑๘,๙๐๒.๐๐	๗๕	๑๑๘,๙๐๒.๐๐	๗๕	๑๑๘,๙๐๒.๐๐	๗๕	๑๑๘,๙๐๒.๐๐	๔๗๕,๖๐๘.๐๐
๑๔๓	LORATADINE 10 MG	๕๐๐	TAB	๑๖	๒๑	๒๓	๒๕	๒๐	๕	๒๒๐	๐	-	๕	๑,๑๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๑๐๐.๐๐
๑๔๔	LORAZEPAM 0.5 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๘	๕๗	๒๑	๒๓	๐	๒๓	๑๕๐	๒๓	๓,๔๕๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๓,๔๕๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๓ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้อ่อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๔๕	LORAZEPAM 1 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๙	๒๒	๒๖	๒๙	๐	๒๙	๓๕๐	๒๙	๑๐,๑๕๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑๐,๑๕๐.๐๐
๑๔๖	LOSARTAN 50 MG	๓๐๐	TAB	๖๔๖	๘๔๐	๑๑๘๖	๑๒๗๕	๗๕	๑๒๐๐	๑๘๐	๓๐๐	๕๔,๐๐๐.๐๐	๓๐๐	๕๔,๐๐๐.๐๐	๓๐๐	๕๔,๐๐๐.๐๐	๓๐๐	๕๔,๐๐๐.๐๐	๒๑๖,๐๐๐.๐๐
๑๔๗	MAGNESIUM HYDROXIDE 8% SUSPENSION	๑	BOT	๑๖๙๐	๑๔๕๐	๑๒๗๖	๑๓๔๒	๓๔๒	๑๐๐๐	๑๕	๒๕๐	๓,๗๕๐.๐๐	๒๕๐	๓,๗๕๐.๐๐	๒๕๐	๓,๗๕๐.๐๐	๒๕๐	๓,๗๕๐.๐๐	๑๕,๐๐๐.๐๐
๑๔๘	MAGNESIUM SULFATE 50% INJECTION	๑	AMP	๑๐๐	๕๐	๒๗๓	๓๐๐	๑๕๐	๑๕๐	๖.๔๒	๐	-	๕๐	๓๒๑.๐๐	๕๐	๓๒๑.๐๐	๕๐	๓๒๑.๐๐	๙๖๓.๐๐
๑๔๙	MEFENAMIC ACID 250 MG	๕๐๐	CAP	๘	๑๒	๑๒	๑๓	๕	๘	๓๐๕	๐	-	๔	๑,๒๒๐.๐๐	๐	-	๔	๑,๒๒๐.๐๐	๒,๔๔๐.๐๐
๑๕๐	METFORMIN 500 MG	๕๐๐	TAB	๓๗๗๘	๓๙๓๐	๔๑๓๒	๔๒๐๐	๑๐๐๐	๓๒๐๐	๑๕๐	๘๐๐	๑๒๐,๐๐๐.๐๐	๘๐๐	๑๒๐,๐๐๐.๐๐	๘๐๐	๑๒๐,๐๐๐.๐๐	๘๐๐	๑๒๐,๐๐๐.๐๐	๔๘๐,๐๐๐.๐๐
๑๕๑	METHIMAZOLE 5 MG	๕๐๐	BOX	๐	๐	๑๔	๑๕	๕	๑๐	๓๓๐	๐	-	๐	-	๑๐	๓,๓๐๐.๐๐	๐	-	๓,๓๐๐.๐๐
๑๕๒	METHYL SALICYLATE CREAM, 25 G	๑	TUBE	๑๔๖๐๐	๑๕๕๐๐	๑๔๗๒๗	๑๔๘๕๐	๒๘๕๐	๑๒๐๐๐	๗.๗๙	๓๐๐๐	๒๓,๓๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๓,๓๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๓,๓๗๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๓,๓๗๐.๐๐	๙๓,๕๘๐.๐๐
๑๕๓	METHYLDOPA 250 MG	๕๐๐	TAB	๑๑	๑๖	๕	๖	๔	๒	๖๙๕.๕	๐	-	๒	๑,๓๙๑.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๓๙๑.๐๐
๑๕๔	METHYLERGOMETRINE MALEATE 0.2 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๔๐	๕๐	๕๕	๖๐	๐	๖๐	๕.๕	๖๐	๓๓๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๓๓๐.๐๐
๑๕๕	METOCLOPRAMIDE 10 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๖๖๐	๗๐๐	๗๖๔	๘๒๐	๒๐	๘๐๐	๓	๐	-	๘๐๐	๒,๔๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๒,๔๐๐.๐๐
๑๕๖	METRONIDAZOLE 200 MG	๑๐๐๐	TAB	๒๙	๑๙	๑๐	๑๘	๓	๑๕	๒๐๐	๐	-	๕	๑,๐๐๐.๐๐	๕	๑,๐๐๐.๐๐	๕	๑,๐๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอาจสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๔ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๕๗	METRONIDAZOLE 500 MG/100 ML INJECTION	๑	VIAL	๒๐๕๐	๑๕๒๐	๙๒๗	๑๐๐๐	๔๐๐	๖๐๐	๑๔.๗	๑๕๐	๒,๒๐๕.๐๐	๑๕๐	๒,๒๐๕.๐๐	๑๕๐	๒,๒๐๕.๐๐	๑๕๐	๒,๒๐๕.๐๐	๘,๘๒๐.๐๐
๑๕๘	MIXTURE CARMINATIVE 180 ML	๑	BOT	๐	๑๗๓๖	๑๗๓๐	๑๘๖๒	๔๖๒	๑๔๐๐	๑๒	๗๐๐	๘,๔๐๐.๐๐	๐	-	๗๐๐	๘,๔๐๐.๐๐	๐	-	๑๖,๘๐๐.๐๐
๑๕๙	MORPHINE SULFATE 10 MG	๓๐	TAB	๖๙	๔๖	๙๕	๑๐๔	๑๔	๙๐	๓๙๐	๒๕	๙,๗๕๐.๐๐	๒๐	๗,๘๐๐.๐๐	๒๕	๙,๗๕๐.๐๐	๒๐	๗,๘๐๐.๐๐	๓๕,๑๐๐.๐๐
๑๖๐	MORPHINE SULFATE 10 MG IR	๑๐๐	TAB	๐	๐	๑๙	๒๑	๓	๑๘	๑๕๐	๑๘	๒,๗๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๒,๗๐๐.๐๐
๑๖๑	MORPHINE SULFATE 10 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๑๗๐๐	๑๙๐๐	๑๖๑๕	๑๗๗๐	๓๒๐	๑๔๕๐	๖.๕	๓๕๐	๒,๒๗๕.๐๐	๓๕๐	๒,๒๗๕.๐๐	๓๕๐	๒,๒๗๕.๐๐	๔๐๐	๒,๖๐๐.๐๐	๙,๔๒๕.๐๐
๑๖๒	MORPHINE SULFATE 20 MG	๒๘	CAP	๐	๑๐	๒๒	๒๕	๕	๒๐	๗๔๐	๐	-	๑๐	๗,๔๐๐.๐๐	๐	-	๑๐	๗,๔๐๐.๐๐	๑๔,๘๐๐.๐๐
๑๖๓	MORPHINE SULFATE 30 MG	๓๐	TAB	๒๔	๓๖	๘๓	๙๔	๔	๙๐	๗๓๐	๐	-	๔๕	๓๒,๘๕๐.๐๐	๐	-	๔๕	๓๒,๘๕๐.๐๐	๖๕,๗๐๐.๐๐
๑๖๔	MULTIVITAMIN SYRUP	๑	BOT	๘๒๕	๘๒๕	๗๔๒	๘๐๐	๓๔๐	๔๖๐	๑๖	๐	-	๒๓๐	๓,๖๘๐.๐๐	๐	-	๒๓๐	๓,๖๘๐.๐๐	๗,๓๖๐.๐๐
๑๖๕	MULTIVITAMIN TABLET	๑๐๐๐	TAB	๑๖๔	๑๔๓	๑๕๖	๑๖๖	๖๖	๑๐๐	๒๒๐	๒๕	๕,๕๐๐.๐๐	๒๕	๕,๕๐๐.๐๐	๒๕	๕,๕๐๐.๐๐	๒๕	๕,๕๐๐.๐๐	๒๒,๐๐๐.๐๐
๑๖๖	MULTIVITAMIN+MINERALS	๓๐	TAB	๒๑๕๔	๑๘๔๙	๑๔๘๐	๑๖๐๐	๖๖๐	๙๔๐	๓๕	๐	-	๔๗๐	๑๖,๔๕๐.๐๐	๐	-	๔๗๐	๑๖,๔๕๐.๐๐	๓๒,๙๐๐.๐๐
๑๖๗	N-ACETYLCYSTEINE 200 MG	๕๐	SAC	๕๖๘	๔๖๕	๗๖๔	๘๐๑	๑๒๑	๖๘๐	๖๔.๒	๓๔๐	๒๑,๘๒๘.๐๐	๐	-	๓๔๐	๒๑,๘๒๘.๐๐	๐	-	๔๓,๖๕๖.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๕ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ ปี			ปริมาณการใช้ ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๖๘	NALOXONE INJECTION	๑	AMP	๔	๐	๒	๒	๐	๒	๒๐๓	๒	๔๐๖.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๔๐๖.๐๐
๑๖๙	NICARDIPINE 2 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๔๐๐	๒๐๐	๓๒๗	๓๖๐	๑๐๐	๒๖๐	๕๖.๗๑	๖๕	๓,๖๘๖.๑๕	๖๕	๓,๖๘๖.๑๕	๖๕	๓,๖๘๖.๑๕	๖๕	๓,๖๘๖.๑๕	๑๔,๗๔๔.๖๐
๑๗๐	NICLOSAMIDE 500 MG	๑๐๐	TAB	๒๐	๑๗	๑๓	๑๔	๑๑	๓	๑๒๐	๐	-	๓	๓๖๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓๖๐.๐๐
๑๗๑	NICOTINE GUM 2 MG	๖๓	TAB	๐	๑๐	๑๐	๑๑	๙	๒	๓๔๐	๐	-	๒	๖๘๐.๐๐	๐	-	๐	-	๖๘๐.๐๐
๑๗๒	NOREPINEPRINE 4 MG/4 ML INJECTION	๑	AMP	๖๐	๙๓	๑๕๕	๑๖๐	๒๐	๑๔๐	๑๗๐	๓๕	๕,๙๕๐.๐๐	๓๕	๕,๙๕๐.๐๐	๓๕	๕,๙๕๐.๐๐	๓๕	๕,๙๕๐.๐๐	๒๓,๘๐๐.๐๐
๑๗๓	NORFLOXACIN 200 MG	๕๐๐	TAB	๑๐๘	๑๐๑	๓๙	๔๓	๒๙	๑๔	๓๕๐	๑๔	๔,๙๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๔,๙๐๐.๐๐
๑๗๔	NSS 0.9% 100 ML	๑	BAG	๘๖๕๘	๘๙๑๘	๘๓๗๙	๙๑๕๑	๒๙๕๑	๖๒๐๐	๑๓.๖๕	๑๕๕๐	๒๑,๑๕๗.๕๐	๑๕๕๐	๒๑,๑๕๗.๕๐	๑๕๕๐	๒๑,๑๕๗.๕๐	๑๕๕๐	๒๑,๑๕๗.๕๐	๘๔,๖๓๐.๐๐
๑๗๕	NSS 0.9% 1000 ML	๑	BAG	๔๐๘๐	๔๑๕๐	๔๗๘๙	๔๙๔๗	๑๗๔๗	๓๒๐๐	๒๙.๕	๘๐๐	๒๓,๖๐๐.๐๐	๘๐๐	๒๓,๖๐๐.๐๐	๘๐๐	๒๓,๖๐๐.๐๐	๘๐๐	๒๓,๖๐๐.๐๐	๙๔,๔๐๐.๐๐
๑๗๖	NSS 0.9% 1000 ML FOR IRRIGATION	๑	BAG	๓๓๔๘	๓๔๐๖	๒๙๔๒	๓๒๕๔	๓๕๕	๒๙๐๐	๒๘	๘๐๐	๒๒,๔๐๐.๐๐	๗๐๐	๑๙,๖๐๐.๐๐	๗๐๐	๑๙,๖๐๐.๐๐	๗๐๐	๑๙,๖๐๐.๐๐	๘๑,๒๐๐.๐๐
๑๗๗	NSS 0.9% 5 ML	๑๐๐	AMP	๑๑๕	๙๓	๖๔	๗๑	๓๑	๔๐	๔๗๕	๒๐	๙,๕๐๐.๐๐	๐	-	๒๐	๙,๕๐๐.๐๐	๐	-	๑๙,๐๐๐.๐๐
๑๗๘	NSS 3.0% 500 ML	๑	BAG	๓๔	๒๔	๓๘	๔๒	๑๒	๓๐	๓๒	๓๐	๙๖๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๙๖๐.๐๐
๑๗๙	OMEPRAZOLE 20 MG	๓๕๐	CAP	๔๘๔	๕๑๔	๕๑๖	๕๒๖	๑๒๖	๔๐๐	๒๑๐	๐	-	๒๐๐	๔๒,๐๐๐.๐๐	๐	-	๒๐๐	๔๒,๐๐๐.๐๐	๘๔,๐๐๐.๐๐
๑๘๐	OMEPRAZOLE 40 MG INJECTION	๑	VIAL	๒๔๐	๗๘๐	๑๖๘๐	๑๗๘๐	๑๘๐	๑๖๐๐	๔๖.๙	๘๐๐	๓๗,๕๒๐.๐๐	๐	-	๘๐๐	๓๗,๕๒๐.๐๐	๐	-	๗๕,๐๔๐.๐๐
๑๘๑	ORAL REHYDRATION SALTS, 750 ML	๕๐	SAC	๘๗๘	๘๓๔	๗๗๓	๘๔๒	๑๒	๘๓๐	๑๓๙	๒๑๐	๒๙,๑๙๐.๐๐	๒๑๐	๒๙,๑๙๐.๐๐	๒๑๐	๒๙,๑๙๐.๐๐	๒๐๐	๒๗,๘๐๐.๐๐	๑๑๕,๓๗๐.๐๐
๑๘๒	OSELTAMIVIR 30 MG	๑๐	CAP	๓๐	๑๐๐	๑๐๙	๑๒๐	๐	๑๒๐	๑๒๐	๖๐	๗,๒๐๐.๐๐	๐	-	๖๐	๗,๒๐๐.๐๐	๐	-	๑๔,๔๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายสุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๖ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๘๓	OSELTAMIVIR 45 MG	๑๐	CAP	๑๐	๔๐	๓๓	๓๖	๒๐	๑๖	๑๕๐	๐	-	๑๖	๒,๔๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๒,๔๐๐.๐๐
๑๘๔	OSELTAMIVIR 75 MG	๒๕๐	CAP	๑	๔	๘	๙	๑	๘	๖๒๕๐	๔	๒๕,๐๐๐.๐๐	๐	-	๔	๒๕,๐๐๐.๐๐	๐	-	๕๐,๐๐๐.๐๐
๑๘๕	OXYTOCIN 10 IU/ML INJECTION	๑	AMP	๒๐๐	๑๔๐	๑๘๕	๒๐๐	๖๐	๑๔๐	๑๒.๘๔	๐	-	๗๐	๘๙๘.๘๐	๐	-	๗๐	๘๙๘.๘๐	๑,๗๙๗.๖๐
๑๘๖	PARACETAMOL 120 MG/5 ML SYRUP	๑	BOT	๑๙๕๕๐	๑๗๕๐๐	๑๕๙๒๗	๑๗๕๐๐	๔๖๐๐	๑๒๙๐๐	๖.๙๕	๓๙๐๐	๒๗,๑๐๕.๐๐	๓๐๐๐	๒๐,๘๕๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๐,๘๕๐.๐๐	๓๐๐๐	๒๐,๘๕๐.๐๐	๘๙,๖๕๕.๐๐
๑๘๗	PARACETAMOL 325 MG	๑๐๐๐	TAB	๙๓	๘๖	๖๒	๖๘	๐	๖๘	๑๐๐	๑๗	๑,๗๐๐.๐๐	๑๗	๑,๗๐๐.๐๐	๑๗	๑,๗๐๐.๐๐	๑๗	๑,๗๐๐.๐๐	๖,๘๐๐.๐๐
๑๘๘	PARACETAMOL 450 MG+ORPHENADRINE 35 MG	๑๐๐๐	TAB	๙๙	๑๐๖	๑๓๑	๑๔๐	๒๐	๑๒๐	๓๐๐	๓๐	๙,๐๐๐.๐๐	๓๐	๙,๐๐๐.๐๐	๓๐	๙,๐๐๐.๐๐	๓๐	๙,๐๐๐.๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐
๑๘๙	PARACETAMOL 500 MG	๑๐๐๐	TAB	๗๐๔	๖๑๐	๕๖๔	๖๑๙	๒๒๙	๓๙๐	๒๘๐	๑๐๐	๒๘,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๒๘,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๒๘,๐๐๐.๐๐	๙๐	๒๕,๒๐๐.๐๐	๑๐๙,๒๐๐.๐๐
๑๙๐	PERPHENAZINE 4 MG	๑๐๐๐	TAB	๘	๔	๑๐	๑๑	๖	๕	๒๙๑	๐	-	๕	๑,๔๕๕.๐๐	๐	-	๐	-	๑,๔๕๕.๐๐
๑๙๑	PERPHENAZINE 8 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๒	๓๓	๒๕	๒๘	๑๐	๑๘	๔๘๖	๐	-	๑๐	๔,๘๖๐.๐๐	๐	-	๘	๓,๘๘๘.๐๐	๘,๗๔๘.๐๐
๑๙๒	PETHIDINE 50 MG/ML INJECTION	๑๐	AMP	๑๕	๒๐	๑๔	๑๕	๗	๘	๖๕	๔	๒๖๐.๐๐	๐	-	๔	๒๖๐.๐๐	๐	-	๕๒๐.๐๐
๑๙๓	PHENOBARBITAL 60 MG	๑๐๐๐	TAB	๒๑	๒๔	๑๙	๒๑	๗	๑๔	๑๒๘.๔	๐	-	๗	๘๙๘.๘๐	๐	-	๗	๘๙๘.๘๐	๑,๗๙๗.๖๐
๑๙๔	PHENYTOIN 100 MG	๑๐๐๐	CAP	๖๑	๖๔	๖๓	๖๔	๐	๖๔	๔๘๖	๑๖	๗,๗๗๖.๐๐	๑๖	๗,๗๗๖.๐๐	๑๖	๗,๗๗๖.๐๐	๑๖	๗,๗๗๖.๐๐	๓๑,๑๐๔.๐๐
๑๙๕	PIOGLITAZONE 30 MG	๓๐	TAB	๑๐๓๙๗	๑๐๖๒๒	๘๖๑๘	๙๔๑๐	๑๗๑๐	๗๗๐๐	๒๕.๕	๒๐๐๐	๕๑,๐๐๐.๐๐	๒๐๐๐	๕๑,๐๐๐.๐๐	๒๐๐๐	๕๑,๐๐๐.๐๐	๑๗๑๐	๔๓,๓๕๐.๐๐	๑๘๖,๓๕๐.๐๐
๑๙๖	POTASSIUM CHLORIDE 0.15 G/ML INJECTION	๑	AMP	๓๕๐	๓๕๐	๓๘๒	๔๑๐	๑๕๐	๒๖๐	๘	๑๓๐	๑,๐๔๐.๐๐	๐	-	๑๓๐	๑,๐๔๐.๐๐	๐	-	๒,๐๘๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๗ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๑๙๗	POTASSIUM CHLORIDE 0.50 G/5 ML ELIXIR	๑	BOT	๓๑๒	๓๐๗	๒๗๘	๒๙๐	๙๐	๒๐๐	๙๔	๐	-	๑๐๐	๙,๔๐๐.๐๐	๐	-	๑๐๐	๙,๔๐๐.๐๐	๑๘,๘๐๐.๐๐
๑๙๘	POVIDONE IODINE 10%, 30 ML	๑	BOT	๓๓๖๔	๓๓๔๔	๒๓๔๓	๒๔๔๓	๔๔๓	๒๐๐๐	๑๕	๕๐๐	๗,๕๐๐.๐๐	๕๐๐	๗,๕๐๐.๐๐	๕๐๐	๗,๕๐๐.๐๐	๕๐๐	๗,๕๐๐.๐๐	๓๐,๐๐๐.๐๐
๑๙๙	POVIDONE IODINE 10%, 450 ML	๑	BOT	๑๙๔	๑๖๖	๑๕๓	๑๖๑	๒๑	๑๔๐	๘๒	๓๕	๒,๘๗๐.๐๐	๓๕	๒,๘๗๐.๐๐	๓๕	๒,๘๗๐.๐๐	๓๕	๒,๘๗๐.๐๐	๑๑,๕๘๐.๐๐
๒๐๐	PREDNISOLONE 5 MG	๕๐๐	TAB	๔๒	๔๕	๔๓	๔๖	๑๖	๓๐	๑๗๕.๕๘	๐	-	๑๕	๒,๖๓๓.๗๐	๐	-	๑๕	๒,๖๓๓.๗๐	๕,๒๖๗.๔๐
๒๐๑	PROPANOLOL 10 MG	๕๐๐	TAB	๘๘	๑๐๖	๙๒	๙๙	๒๙	๗๐	๑๒๕	๐	-	๐	-	๗๐	๘,๗๕๐.๐๐	๐	-	๘,๗๕๐.๐๐
๒๐๒	PROPYLTHIOURACIL 50 MG	๕๐๐	TAB	๓๐๖	๒๖๐	๒๑๓	๒๓๕	๕	๒๓๐	๒๖๗	๖๐	๑๖,๐๒๐.๐๐	๖๐	๑๖,๐๒๐.๐๐	๖๐	๑๖,๐๒๐.๐๐	๕๐	๑๓,๓๕๐.๐๐	๖๑,๔๔๐.๐๐
๒๐๓	PSEUDOEPHEDRINE HCL tablet 60 mg	๑๐๐๐	TAB	๐	๐	๑	๑	๐	๑	๗๒๐	๑	๗๒๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๗๒๐.๐๐
๒๐๔	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE 60 MG	๕๐	TAB	๘๑	๖๙	๕๙	๖๕	๒๕	๔๐	๒๒๐	๑๐	๒,๒๐๐.๐๐	๑๐	๒,๒๐๐.๐๐	๑๐	๒,๒๐๐.๐๐	๑๐	๒,๒๐๐.๐๐	๘,๘๐๐.๐๐
๒๐๕	RABIES ANTISERUM (ERIG)	๑	VIAL	๔๘๐	๕๗๐	๘๘๙	๙๕๐	๓๐	๙๒๐	๕๙๓.๘๕	๒๓๐	๑๓๖,๕๘๕.๕๐	๒๓๐	๑๓๖,๕๘๕.๕๐	๒๓๐	๑๓๖,๕๘๕.๕๐	๒๓๐	๑๓๖,๕๘๕.๕๐	๕๔๖,๓๕๒.๐๐
๒๐๖	RABIES VACCINE 0.5 ML	๑	VIAL	๒๘๐๒	๒๗๕๕	๕๓๒๔	๕๘๒๐	๑๒๐	๕๗๐๐	๒๖๐	๑๕๐๐	๓๙๐,๐๐๐.๐๐	๑๔๐๐	๓๖๔,๐๐๐.๐๐	๑๔๐๐	๓๖๔,๐๐๐.๐๐	๑๔๐๐	๓๖๔,๐๐๐.๐๐	#####
๒๐๗	RANITIDINE 150 MG	๕๐๐	TAB	๑๓๕	๑๙๖	๑๗๖	๑๘๖	๘๖	๑๐๐	๑๙๘	๕๐	๙,๙๐๐.๐๐	๐	-	๕๐	๙,๙๐๐.๐๐	๐	-	๑๙,๘๐๐.๐๐
๒๐๘	RANITIDINE 50 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๑๙๐๐	๑๔๓๐	๘๕๑	๙๔๐	๓๔๐	๖๐๐	๔.๒๘	๑๕๐	๖๔๒.๐๐	๑๕๐	๖๔๒.๐๐	๑๕๐	๖๔๒.๐๐	๑๕๐	๖๔๒.๐๐	๒,๕๖๘.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๘ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ปริมาณการใช้ ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ปริมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๐๙	RINGER'S ACETATE 1000 ML+DEXTROS 5%	๑	BAG	๒๐๐	๑๓๐	๓๐๕	๓๑๐	๑๐๐	๒๑๐	๔๗	๐	-	๑๑๐	๕,๑๗๐.๐๐	๐	-	๑๐๐	๔,๗๐๐.๐๐	๙,๘๗๐.๐๐
๒๑๐	RINGER'S LACTATE 1000 ML	๑	BAG	๐	๓๕	๑๔๗	๑๕๐	๓๐	๑๒๐	๔๐.๔	๐	-	๖๐	๒,๔๒๔.๐๐	๐	-	๖๐	๒,๔๒๔.๐๐	๔,๘๔๘.๐๐
๒๑๑	RISPERIDONE 2 MG	๕๐๐	TAB	๑๒	๓๕	๘๙	๙๙	๒๙	๗๐	๑๓๓๐	๓๕	๔๖,๕๕๐.๐๐	๐	-	๓๕	๔๖,๕๕๐.๐๐	๐	-	๙๓,๑๐๐.๐๐
๒๑๒	ROXITHROMYCIN 150 MG	๕๐๐	TAB	๓๐	๔๗	๑๙	๒๑	๑๙	๒	๓๗๙	๒	๗๕๘.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๗๕๘.๐๐
๒๑๓	SALBUTAMOL 100 MCG INHALER, 200 DOSE	๑	BOT	๑๑๖๐	๑๓๒๐	๑๓๔๒	๑๔๐๐	๐	๑๔๐๐	๔๒.๘	๓๕๐	๑๔,๙๘๐.๐๐	๓๕๐	๑๔,๙๘๐.๐๐	๓๕๐	๑๔,๙๘๐.๐๐	๓๕๐	๑๔,๙๘๐.๐๐	๕๙,๙๒๐.๐๐
๒๑๔	SALBUTAMOL 2 MG	๑๐๐๐	TAB	๑๕	๑๒	๘	๙	๕	๔	๑๑๐	๔	๔๔๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๔๔๐.๐๐
๒๑๕	SALBUTAMOL 2 MG/5 ML SYRUP	๑	BOT	๙๙๔	๙๑๘	๑๑๘๑	๑๒๐๐	๔๐๐	๘๐๐	๘	๒๐๐	๑,๖๐๐.๐๐	๒๐๐	๑,๖๐๐.๐๐	๒๐๐	๑,๖๐๐.๐๐	๒๐๐	๑,๖๐๐.๐๐	๖,๔๐๐.๐๐
๒๑๖	SALBUTAMOL 2.5 MG/2.5 ML SOLUTION	๒๑	NEB	๑๖๓	๑๒๘	๕๑	๕๖	๖	๕๐	๑๑๗.๗	๒๐	๒,๓๕๔.๐๐	๑๐	๑,๑๗๗.๐๐	๑๐	๑,๑๗๗.๐๐	๑๐	๑,๑๗๗.๐๐	๕,๘๘๕.๐๐
๒๑๗	SALMETEROL 25 MCG+FLUTICASONE 50 MCG MDI	๑	BOT	๑๙๓๐	๑๗๗๐	๑๕๓๘	๑๕๗๐	๑๗๐	๑๔๐๐	๓๗๑.๒๙	๓๕๐	๑๒๙,๙๕๑.๕๐	๓๕๐	๑๒๙,๙๕๑.๕๐	๓๕๐	๑๒๙,๙๕๑.๕๐	๓๕๐	๑๒๙,๙๕๑.๕๐	๕๑๙,๘๐๖.๐๐
๒๑๘	SALMETEROL 50 MCG+FLUTICASONE 250 MCG DPI	๑	BOT	๑๖๓๒	๑๖๐๐	๑๗๔๕	๑๙๒๔	๔	๑๙๒๐	๔๖๒.๒๔	๕๐๐	๒๓๑,๑๒๐.๐๐	๕๐๐	๒๓๑,๑๒๐.๐๐	๕๐๐	๒๓๑,๑๒๐.๐๐	๕๐๐	๑๙๔,๑๔๐.๘๐	๘๘๗,๕๐๐.๘๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรรารัตน์ อำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๑๙ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ปริมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ปริมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๑๙	SELEGILINE 5 MG	๑๐๐	TAB	๑๕	๑๒	๒๑	๒๑	๓	๑๘	๑๗๕๔.๘	๕	๘,๗๗๔.๐๐	๕	๘,๗๗๔.๐๐	๕	๘,๗๗๔.๐๐	๓	๕,๒๖๔.๔๐	๓๑,๕๘๖.๔๐
๒๒๐	SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	๑	TUBE	๒๖๔	๒๘๗	๒๖๙	๒๘๘	๑๐๘	๑๙๐	๒๕	๐	๑๐๐	๒,๕๐๐.๐๐	๐	-	๙๐	๒,๒๕๐.๐๐	๔,๗๕๐.๐๐	
๒๒๑	SIMETHICONE 40 MG/0.6 ML SUSPENSION	๑	BOT	๑๐๕๖	๑๑๖๔	๘๒๕	๙๐๒	๑๙๒	๗๑๐	๒๐	๒๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๑๑๐	๒,๒๐๐.๐๐	๑๔,๒๐๐.๐๐
๒๒๒	SIMETHICONE 80 MG	๕๐๐	TAB	๒๔๓	๒๕๖	๒๗๗	๓๐๖	๔๖	๒๖๐	๑๔๔.๔๕	๖๕	๙,๓๘๙.๒๕	๖๕	๙,๓๘๙.๒๕	๖๕	๙,๓๘๙.๒๕	๖๕	๙,๓๘๙.๒๕	๓๗,๕๕๗.๐๐
๒๒๓	SIMVASTATIN 20 MG	๑๐๐๐	TAB	๐	๖๑๐	๗๙๔	๘๒๕	๑๒๕	๗๐๐	๕๕๐	๒๐๐	๙๐,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๙๐,๐๐๐.๐๐	๒๐๐	๙๐,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๕๕,๐๐๐.๐๐	๓๖๕,๐๐๐.๐๐
๒๒๔	SITAGLIPTIN 100 MG	๒๘	TAB	๒๐๐	๒๑๐	๑๖๔	๑๘๐	๐	๑๘๐	๘๖๘.๘๔	๔๕	๓๙,๐๙๗.๘๐	๔๕	๓๙,๐๙๗.๘๐	๔๕	๓๙,๐๙๗.๘๐	๔๕	๓๙,๐๙๗.๘๐	๑๕๖,๓๙๑.๒๐
๒๒๕	SODIUM BICARBONATE 300 MG	๕๐๐	TAB	๕๙๘	๕๙๔	๕๕๙	๕๙๘	๖๘	๕๓๐	๑๐๐	๑๕๐	๑๕,๐๐๐.๐๐	๑๕๐	๑๕,๐๐๐.๐๐	๑๓๐	๑๓,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๐,๐๐๐.๐๐	๕๓,๐๐๐.๐๐
๒๒๖	SODIUM PHOSPHATE ENEMA 133 ML	๑	BOT	๑๘๓	๑๔๕	๔๑๐	๔๒๘	๘๘	๓๔๐	๓๗.๔๕	๐	-	๑๗๐	๖,๓๖๖.๕๐	๐	-	๑๗๐	๖,๓๖๖.๕๐	๑๒,๗๓๓.๐๐
๒๒๗	SODIUM VALPROATE 200 MG	๑๐๐	TAB	๑๙๕	๒๖๕	๓๑๑	๓๓๕	๑๑๕	๒๒๐	๑๓๘.๕	๐	-	๑๑๐	๑๕,๒๓๕.๐๐	๐	-	๑๑๐	๑๕,๒๓๕.๐๐	๓๐,๔๗๐.๐๐
๒๒๘	SPIRONOLACTONE 25 MG	๕๐๐	TAB	๒๗	๒๗	๒๐	๒๒	๑๒	๑๐	๔๐๐	๐	-	๕	๒,๐๐๐.๐๐	๐	-	๕	๒,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐
๒๒๙	STAVUDINE 30 MG	๖๐	CAP	๑๐	๑๐	๒	๒	๐	๒	๑๕๐	๐	-	๒	๓๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๓๐๐.๐๐
๒๓๐	STERILE WATER FOR INJECTION 10 ML	๑๐๐	AMP	๗๕	๙๔	๙๖	๑๐๙	๔๙	๖๐	๔๐๕	๐	-	๓๐	๑๒,๑๕๐.๐๐	๐	-	๓๐	๑๒,๑๕๐.๐๐	๒๔,๓๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....*ดร. รุณพร*.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน
 (นายศุภชาติ สมมาตย์)
 เกสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....*ดร. สันติภาพ*.....ผู้เห็นชอบแผน
 (นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)
 หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....*ดร. รุณพร*.....ผู้อนุมัติแผน
 (นายธรรารัตน์ อำนวยศิริ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๒๐ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ ปี			ปริมาณการใช้ ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๓๑	STERILE WATER FOR INJECTION 100 ML	๑	BAG	๓๑๐๖	๒๖๖๔	๒๑๕๘	๒๓๔๐	๘๔๐	๑๕๐๐	๑๓.๖๕	๔๐๐	๕,๔๖๐.๐๐	๔๐๐	๕,๔๖๐.๐๐	๔๐๐	๕,๔๖๐.๐๐	๓๐๐	๔,๐๙๕.๐๐	๒๐,๔๗๕.๐๐
๒๓๒	STREPTOKINASE 1.5 MU INJECTION	๑	VIAL	๓	๑๔	๕	๖	๐	๖	๖๐๐๐	๓	๑๘,๐๐๐.๐๐	๐	-	๓	๑๘,๐๐๐.๐๐	๐	-	๓๖,๐๐๐.๐๐
๒๓๓	Td VACCINE 1 DOSE/AMP	๑	AMP	๐	๐	๓๗๒๐	๓๙๖๐	๓๖๐	๓๖๐๐	๓๐	๙๐๐	๒๗,๐๐๐.๐๐	๙๐๐	๒๗,๐๐๐.๐๐	๙๐๐	๒๗,๐๐๐.๐๐	๙๐๐	๒๗,๐๐๐.๐๐	๑๐๘,๐๐๐.๐๐
๒๓๔	TENOFOVIR 300 MG	๓๐	TAB	๔๒๕	๗๘๓	๑๓๒๗	๑๓๘๒	๘๒	๑๓๐๐	๓๔๒	๔๐๐	๑๓๖,๘๐๐.๐๐	๓๐๐	๑๐๒,๖๐๐.๐๐	๓๐๐	๑๐๒,๖๐๐.๐๐	๓๐๐	๑๐๒,๖๐๐.๐๐	๔๔๔,๖๐๐.๐๐
๒๓๕	TENOFOVIR 300 MG+EFAVIRENZ 600 MG+EMTRICITABINE 20	๓๐	TAB	๐	๗	๓๕๕	๓๖๓	๕๓	๓๑๐	๗๑๐	๑๖๐	๑๑๓,๖๐๐.๐๐	๐	-	๑๕๐	๑๐๖,๕๐๐.๐๐	๐	-	๒๒๐,๑๐๐.๐๐
๒๓๖	TENOFOVIR 300 MG+EMTRICITABINE 200 MG	๓๐	TAB	๐	๐	๑	๑	๐	๕๐	๖๐๐	๐	-	๒๕	๑๕,๐๐๐.๐๐	๐	-	๒๕	๑๕,๐๐๐.๐๐	๓๐,๐๐๐.๐๐
๒๓๗	TERBUTALINE 0.5 MG/ML INJECTION	๑	AMP	๔๐	๕๐	๑๓๑	๑๔๔	๐	๑๔๔	๘.๕๖	๗๒	๖๑๖.๓๒	๐	-	๗๒	๖๑๖.๓๒	๐	-	๑,๒๓๒.๖๔
๒๓๘	TETRACAINE HCL 0.5% EYE DROP	๑	BOT	๑๓	๕	๔	๔	๐	๔	๖๙.๕๕	๔	๒๗๘.๒๐	๐	-	๐	-	๐	-	๒๗๘.๒๐
๒๓๙	THEOPHYLLINE 200 MG	๑๐๐	TAB	๕๐๕	๕๑๐	๖๘๗	๗๐๕	๑๖๕	๕๔๐	๑๘๒	๑๓๕	๒๔,๕๗๐.๐๐	๑๓๕	๒๔,๕๗๐.๐๐	๑๓๕	๒๔,๕๗๐.๐๐	๑๓๕	๒๔,๕๗๐.๐๐	๙๘,๒๘๐.๐๐
๒๔๐	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJECTION	๑	AMP	๑๐๕๐	๕๐๐	๔๖๙	๕๐๐	๓๐๐	๒๐๐	๖	๐	-	๑๐๐	๖๐๐.๐๐	๐	-	๑๐๐	๖๐๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐
๒๔๑	TRAMADOL 50 MG	๑๐๐	CAP	๔๐๐	๔๐๕	๓๓๘	๓๖๐	๐	๓๖๐	๓๓.๕	๐	-	๑๘๐	๖,๐๓๐.๐๐	๐	-	๑๘๐	๖,๐๓๐.๐๐	๑๒,๐๖๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธारा รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๒๑ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้อียอนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๔๒	TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.02% CREAM, 5 GM	๑	TUBE	๙๕๖	๑๙๒๘	๑๓๔๘	๑๔๖๔	๒๖๔	๑๒๐๐	๘	๓๐๐	๒,๔๐๐.๐๐	๓๐๐	๒,๔๐๐.๐๐	๓๐๐	๒,๔๐๐.๐๐	๓๐๐	๒,๔๐๐.๐๐	๙,๖๐๐.๐๐
๒๔๓	TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.10% ORAL PASTE, 1 GM	๒๕	SAC	๑๐๘	๑๐๑	๙๔	๑๐๐	๕๐	๕๐	๗๕	๐	-	๒๕	๑,๘๗๕.๐๐	๐	-	๒๕	๑,๘๗๕.๐๐	๓,๗๕๐.๐๐
๒๔๔	TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.50% CREAM, 15 GM	๑	TUBE	๔๘๘๔	๔๖๖๘	๔๑๒๔	๔๕๒๔	๑๘๒๔	๒๗๐๐	๕๐	๐	-	๑๐๐๐	๕๐,๐๐๐.๐๐	๑๐๐๐	๕๐,๐๐๐.๐๐	๗๐๐	๓๕,๐๐๐.๐๐	๑๓๕,๐๐๐.๐๐
๒๔๕	TRIAMCINOLONE ACETONIDE 10 MG/ML INJECTION	๑	VIAL	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๙	๑๒๐	๑๐๐	๒๐	๑๒	๐	-	๐	-	๐	-	๒๐	๒๔๐.๐๐	๒๔๐.๐๐
๒๔๖	TRIHENXYPHENIDYL 2 MG	๑๐๐๐	TAB	๕๓	๕๓	๗๑	๗๘	๒๐	๕๘	๑๙๔	๑๕	๒,๙๑๐.๐๐	๑๕	๒,๙๑๐.๐๐	๑๕	๒,๙๑๐.๐๐	๑๓	๒,๕๒๒.๐๐	๑๑,๒๕๒.๐๐
๒๔๗	TRIHENXYPHENIDYL 5 MG	๕๐๐	TAB	๑๔๔	๑๔๗	๑๔๙	๑๕๘	๕๘	๑๐๐	๑๗๐.๒๓	๕๐	๘,๕๑๑.๕๐	๐	-	๕๐	๘,๕๑๑.๕๐	๐	-	๑๗,๐๒๓.๐๐
๒๔๘	UREA 10% CREAM, 35 GM	๑	TUBE	๓๗๐	๔๐๐	๓๔๙	๓๖๐	๖๐	๓๐๐	๔๒	๗๕	๓,๑๕๐.๐๐	๗๕	๓,๑๕๐.๐๐	๗๕	๓,๑๕๐.๐๐	๗๕	๓,๑๕๐.๐๐	๑๒,๖๐๐.๐๐
๒๔๙	VITAMIN B COMPLEX INJECTION	๑	AMP	๘๓๐	๙๑๐	๗๐๙	๗๗๐	๑๗๐	๖๐๐	๓.๔๕	๖๐๐	๒,๐๗๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๒,๐๗๐.๐๐
๒๕๐	VITAMIN B COMPLEX TABLET	๑๐๐๐	TAB	๓๕๐	๔๖๔	๕๐๕	๕๙๙	๑๔๙	๔๐๐	๑๘๐	๑๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐	๑๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐	๗๒,๐๐๐.๐๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน

(นายศุภชาติ สมมาตย์)

เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอากาสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๒๒ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้ย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณคงคลัง	ประมาณจัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อหน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๕๑	VITAMIN B1-6-12 TABLET	๑๐๐๐	TAB	๒๘๘	๒๑๔	๑๐๔	๑๑๑	๒๑	๙๐	๕๖๐	๓๐	๑๖,๘๐๐.๐๐	๒๐	๑๑,๒๐๐.๐๐	๒๐	๑๑,๒๐๐.๐๐	๒๐	๑๑,๒๐๐.๐๐	๕๐,๕๐๐.๐๐
๒๕๒	VITAMIN B6 100 MG	๕๐๐	TAB	๐	๓๔	๒๑	๒๓	๕	๑๘	๓๙๕๙.๙	๑๐	๓,๙๕๙.๐๐	๐	-	๘	๓,๑๖๗.๒๐	๐	-	๗,๑๒๖.๒๐
๒๕๓	VITAMIN C 100 MG	๑๐๐๐	TAB	๓๒	๑๒๘	๑๓๖	๑๕๐	๓๕	๑๑๕	๑๘๕	๓๐	๕,๕๕๐.๐๐	๓๐	๕,๕๕๐.๐๐	๓๐	๕,๕๕๐.๐๐	๒๕	๔,๖๒๕.๐๐	๒๑,๒๗๕.๐๐
๒๕๔	VITAMIN K1 1 MG INJECTION	๑	AMP	๑๕๐	๑๐๐	๑๐๙	๑๒๐	๑๐๐	๒๐	๑๐.๔๘	๐	-	๒๐	๒๐๙.๖๐	๐	-	๐	-	๒๐๙.๖๐
๒๕๕	WARFARIN 2 MG	๑๐๐	BOX	๐	๐	๔๔	๔๘	๐	๔๘	๑๔๐	๒๔	๓,๓๖๐.๐๐	๐	-	๒๔	๓,๓๖๐.๐๐	๐	-	๖,๗๒๐.๐๐
๒๕๖	WARFARIN 3 MG	๑๐๐	TAB	๐	๑๐	๒๕	๒๘	๒	๒๖	๑๖๓.๗	๑๓	๒,๑๒๘.๑๐	๐	-	๑๓	๒,๑๒๘.๑๐	๐	-	๔,๒๕๖.๒๐
๒๕๗	WARFARIN 5 MG	๑๐๐	TAB	๐	๑๐	๑๒	๑๓	๔	๙	๒๐๐	๙	๑,๘๐๐.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑,๘๐๐.๐๐
๒๕๘	ZIDOVUDINE 300 MG+LAMIVUDINE	๖๐	TAB	๔๒๐	๓๕๐	๒๓๘	๒๕๕	๑๑๕	๑๔๐	๔๘๐.๓	๓๕	๑๖,๘๐๐.๕๐	๓๕	๑๖,๘๐๐.๕๐	๓๕	๑๖,๘๐๐.๕๐	๓๕	๑๖,๘๐๐.๕๐	๖๗,๒๕๒.๐๐
๒๕๙	ZINC SULPHATE 110 MG	๕๐๐	TAB	๘	๘	๗	๘	๓	๕	๘๐๒.๕	๐	-	๕	๔,๐๑๒.๕๐	๐	-	๐	-	๔,๐๑๒.๕๐
๒๖๐	ยาแก้ไข้ห่าราก 500 มิลลิกรัม	๑๐๐	CAP	๐	๐	๑๗	๑๙	๐	๑๙	๘๐	๑๐	๘๐๐.๐๐	๐	-	๙	๗๒๐.๐๐	๐	-	๑,๕๒๐.๐๐
๒๖๑	ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม 60 ซึ่ซี	๑	BOT	๘๕๗๐	๑๐๒๒๐	๑๒๒๑๘	๑๒๖๐๐	๒๖๐๐	๑๐๐๐๐	๑๐	๒๕๐๐	๒๕,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๕,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๕,๐๐๐.๐๐	๒๕๐๐	๒๕,๐๐๐.๐๐	๑๐๐,๐๐๐.๐๐
๒๖๒	ยาขมื่นชัน 250 มิลลิกรัม	๑๐๐	BOX	๐	๐	๑๐๙	๑๒๐	๐	๑๒๐	๙๗	๖๐	๕,๘๒๐.๐๐	๐	-	๖๐	๕,๘๒๐.๐๐	๐	-	๑๑,๖๔๐.๐๐
๒๖๓	ยาชุมเห็ดเทศซาซง	๑๐	SAC	๑๓๖	๑๗๕	๗๓	๘๐	๔๕	๓๕	๓๕	๓๕	๑,๒๒๕.๐๐	๐	-	๐	-	๐	-	๑,๒๒๕.๐๐
๒๖๔	ยาธาตุดอง 120 ซึ่ซี	๑	BOT	๑๙๐	๒๖๑	๑๒๙	๑๔๒	๐	๑๔๒	๒๕	๐	-	๗๐	๑,๗๕๐.๐๐	๐	-	๗๒	๑,๘๐๐.๐๐	๓,๕๕๐.๐๐
๒๖๕	ยาโฟลคริม 14 %W/W	๑	TUBE	๘๘	๓๒๐	๔๐๗	๔๑๐	๙๐	๓๒๐	๔๘.๗๒	๘๐	๓,๘๙๗.๖๐	๘๐	๓,๘๙๗.๖๐	๘๐	๓,๘๙๗.๖๐	๘๐	๓,๘๙๗.๖๐	๑๕,๕๙๐.๔๐

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน
 (นายศุภชาติ สมมาตย์)
 เกษักรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน
 (นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)
 หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน
 (นายธรา รัตนอำนวยศิริ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาสามารถ

โรงพยาบาลอจสามารถ

แผนการจัดซื้อยา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

หน้าที่ ๒๓ จาก ๒๓

ลำดับ	รายการยา	ขนาดบรรจุ (หน่วยนับ)		อัตราการใช้อย้อนหลัง ๓ปี			ประมาณการ ใช้ปี ๒๕๖๒	ปริมาณ คงคลัง	ประมาณ จัดซื้อปี ๒๕๖๒	ราคาต่อ หน่วย	แผนจัดซื้อไตรมาส๑		แผนจัดซื้อไตรมาส๒		แผนจัดซื้อไตรมาส๓		แผนจัดซื้อไตรมาส๔		มูลค่ารวม
				ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑					จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	จำนวน	มูลค่า	
๒๖๖	ยาฟ้าทะลายโจร 250 มิลลิกรัม	๑๐๐	BOX	๐	๐	๑๑๐	๑๒๐	๐	๑๒๐	๙๗	๓๐	๒,๙๑๐.๐๐	๓๐	๒,๙๑๐.๐๐	๓๐	๒,๙๑๐.๐๐	๓๐	๒,๙๑๐.๐๐	๑๑,๖๔๐.๐๐
๒๖๗	ยาระบายมะขามแขก	๑๘๐	TAB	๐	๖๑	๙๗	๑๐๐	๐	๑๐๐	๑๒๕	๒๕	๓,๑๒๕.๐๐	๒๕	๓,๑๒๕.๐๐	๒๕	๓,๑๒๕.๐๐	๒๕	๓,๑๒๕.๐๐	๑๒,๕๐๐.๐๐
๒๖๘	ยารางจิตซาซง	๑๐	SAC	๑๔๑	๒๕๓	๑๒๗	๑๕๐	๑๐	๑๔๐	๓๕	๓๕	๑,๒๒๕.๐๐	๓๕	๑,๒๒๕.๐๐	๓๕	๑,๒๒๕.๐๐	๓๕	๑,๒๒๕.๐๐	๔,๙๐๐.๐๐
๒๖๙	ยาสหัสธารา 500 มิลลิกรัม	๑๐๐	CAP	๘๐	๑๖๐	๙๙	๑๐๙	๙	๑๐๐	๑๓๒	๒๕	๓,๓๐๐.๐๐	๒๕	๓,๓๐๐.๐๐	๒๕	๓,๓๐๐.๐๐	๒๕	๓,๓๐๐.๐๐	๑๓,๒๐๐.๐๐
๒๗๐	ยาหอมνωโกฐ 200 มิลลิกรัม	๑๐๐	TAB	๘๔	๒๑๐	๘๒	๙๐	๐	๙๐	๕๐	๔๕	๒,๒๕๐.๐๐	๐	-	๔๕	๒,๒๕๐.๐๐	๐	-	๔,๕๐๐.๐๐
๒๗๑	ยาอมมะแว้ง 200 มิลลิกรัม	๒๐	SAC	๕๒๓	๔๖๔	๓๗๓	๔๐๓	๑๐๓	๓๐๐	๙๐	๑๕๐	๑๓,๕๐๐.๐๐	๐	-	๑๕๐	๑๓,๕๐๐.๐๐	๐	-	๒๗,๐๐๐.๐๐
รวม (สิบสามล้านเจ็ดแสนเจ็ดหมื่นหกพันสามร้อยสองบาทแปดสิบสี่สตางค์)											๓,๕๐๕,๙๕๕.๖๔		๓,๕๒๐,๐๘๒.๘๒		๓,๔๖๑,๖๖๑.๕๖		๓,๒๘๘,๖๐๒.๘๒		๑๓,๗๗๖,๓๐๒.๘๔

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/เสนอแผน
(นายศุภชาติ สมมาตย์)
เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน
(นายสันติภาพ มีสวัสดิ์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน
(นายธรา รัดอนานวยศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอจสามารถ