

**เอกสารหมายเลข 5**

**แบบฟอร์มการรับยา Favipiravir 200 mg**

**โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน**

1. โรงพยาบาล .....................................................................................................................
2. ที่อยู่ .....................................................................................................................

.....................................................................................................................

.....................................................................................................................

1. สถานที่จัดส่ง .....................................................................................................................
2. ผู้รับยา ชื่อ ........................................... สกุล ........................................................

โทรศัพท์ ...............................................

1. จำนวนยา ....................... เม็ด
2. รหัสสปคม. .....................................................................................................................
3. รหัสรับยา (*สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี*)

**F**

**V**

**2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**งานบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี**

ผู้ประสานงาน 1. ภญ.ปวรริสา นาคสุขปาน โทรศัพท์ 09 7230 4838

2. นางสาวเพ็ญพร ศิริพันธ์ โทรศัพท์ 08 1552 1807

โทรศัพท์ 0 2354 8108 ต่อ 3928, 10947