

LAMPIRAN A**BORANG PERMOHONAN PENGGUNAAN UBAT SAMPEL**

MAKLUMAT TAWARAN	
Nama Generik	
Nama Dagangan	
Nama Pesakit <i>(bagi permohonan secara named-patient basis)</i>	<i>Gunakan lampiran jika perlu</i>
Bilangan Pesakit <i>(bagi permohonan secara pukal)</i>	
Dos Ubat	<i>Gunakan lampiran jika perlu/ kelulusan berpukal</i>
Kuantiti yang Ditawarkan	
MAL. No.	
Nama Syarikat Pembekal	
Tempoh Tajaan Ubat Sampel	
Tarikh Luput Ubat Sampel	
Anggaran Kos Ubat Sampel/Unit (RM)	
Justifikasi Penerimaan Ubat Sampel <input type="checkbox"/> Kuota sedia ada telah habis digunakan <input type="checkbox"/> Mempunyai pesakit yang memerlukan rawatan ini <input type="checkbox"/> Ubat tidak berdaftar namun mempunyai bukti keberkesanan dan keselamatan yang baik <input type="checkbox"/> Lain-lain	<i>Tambahan justifikasi jika perlu</i>
Pemohon *(Pakar/ Pegawai Perubatan/ Pegawai Farmasi)	Tandatangan, Nama & Cop Jawatan: Tarikh:

Semakan Jabatan Farmasi Hospital/ Klinik Kesihatan/ Institusi (tanda '√' bagi yang berkenaan)	
1. Pendaftaran ubat sampel di Malaysia <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	2. Penyenaraian ubat dalam FUKKM/ Formulari Ubat Fasiliti <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. Perolehan ubat TIDAK melalui kontrak pusat/ syarikat konsesi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	4. Penyenaraian ubat dalam Formulari Ubat Fasiliti <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Sokongan Ketua Jabatan Farmasi/ Pegawai Farmasi Kesihatan: <input type="checkbox"/> Sokong <input type="checkbox"/> Tidak Disokong Ulasan:	Tandatangan, Nama & Cop Jawatan: Tarikh:
Sokongan Pengarah Hospital/ Pegawai Kesihatan Daerah/ Pengerusi JKUT <input type="checkbox"/> Sokong <input type="checkbox"/> Tidak Disokong Ulasan:	Tandatangan, Nama & Cop Jawatan: Tarikh:

NOTA: *permohonan ubat sampel tersenarai dalam FUKKM perlu dibuat berdasarkan kategori preskriber mengikut disiplin yang terlibat