



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิคใต้ (อาคารจอตรด) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช ๕.๔๒/ ก ๒๒๖

๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง การระงับใช้วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี (DTP-HB)

Lot No. 030L7002B หมดอายุ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ชั่วคราว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้ประกอบกิจการ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบเบิกกรณีต้องการวัคซีนเพิ่มระหว่างรอบ

กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งหนังสือแจ้ง การระงับใช้วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี (DTP-HB) ชั่วคราว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากพบอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครขอให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระงับการใช้วัคซีนดังกล่าวชั่วคราวเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อีกจนกว่าจะทราบผลการพิจารณาจากกระทรวงสาธารณสุข โดยให้หน่วยบริการดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ระงับการใช้วัคซีน DTP-HB Lot No. 030L7002B หมดอายุ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ชั่วคราว และสำรวจยอดวัคซีนคงเหลือ ส่งให้สำนักงานฯ ตามรหัสคิวอาร์ (QR Code) หรือ ลิงก์ มุมขวาล่าง

๒. องค์กรเภสัชกรรม (GPO) จะจัดส่งวัคซีน DTP-HB Lot ใหม่ทดแทน คือวัคซีน DTP-HB ใน Lot No. 030L7002A หมดอายุ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ แก่หน่วยบริการที่ได้วัคซีน Lot ที่มีปัญหาตามรอบการจัดส่งวัคซีนของหน่วยบริการ

๓. หากหน่วยบริการยังไม่ได้รับวัคซีน DTP-HB Lot ใหม่ ขอให้เลื่อนนัดการฉีดวัคซีนดังกล่าวจนกว่าจะได้รับวัคซีน Lot ใหม่

๔. กรณีหน่วยบริการจำเป็นต้องใช้วัคซีนกรณีเร่งด่วนให้ส่งใบเบิกกรณีต้องการวัคซีนเพิ่มระหว่างรอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้องค์กรเภสัชกรรม (GPO)

๕. ให้หน่วยบริการตรวจสอบและติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหรือเสียชีวิตภายหลังจากการได้รับวัคซีน หากพบขอให้รีบรายงานไปยังระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFI) ของสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ <https://bit.ly/2sR3tGD>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปริญญา ชมวงษ์)

รองผู้อำนวยการสำนักปฏิบัติการแทน

ผู้อำนวยการสำนักวางแผนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทร ๐๒ ๑๔๒ ๐๙๕๖, ๐๖๓ ๒๒๕ ๒๐๙๖

ผู้ประสานงาน นายรณีย์ สายรักษ์

<https://bit.ly/2JwXtJn>



ใบเบิกกรณีต้องการวัคซีนเพิ่มระหว่างรอบ
 โครงการวัคซีน EPI Routine สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รหัส	รายการ	จำนวน (dose)	จำนวน (ขวด)
1	121611890001	HEPATITIS B VACCINE 2 doses/vial (EPI)		
2	121616450001	BCG VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
3	121611880001	ORAL POLIOMYELITIS VACCINE 20 doses/vial (EPI)		
4	121618561001	DTP-HB VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
5	121611981001	MMR Single dose หรือรหัส 121611981101 (EPI)		
6	121603920001	DTP VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
7	121611551201	J.E.VACCINE (LIVE - ATTENUATED) 1 dose/vial		
8	121611551202	J.E.VACCINE (LIVE - ATTENUATED) 4 doses/vial		
9	121603660001	dT VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
10	121611881101	INACTIVATED POLIOMYELITIS VACCINE (IPV) 1 dose/vial (EPI)		

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

กำหนดส่งของ.....แผนกที่รับยา.....

หมายเหตุ.....

กรุณา Fax กลับที่องค์การเภสัชกรรม เบอร์โทรสาร 02-3548854, 02-3548861

หรือ E-MAIL: vmi@gpo.or.th