แนวทางการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

WP -MNS-PHA-xxx/2565

ผู้จัดทำ พรศิริ สิงห์ภูงา .....

นางพรศิริ สิงห์ภูงา

ตำแหน่ง เภสัชกร

ผู้ตรวจสอบ วราภรณ์ .....

นางสาววราภรณ์ แสงนัย

ตำแหน่ง หัวหน้างานเภสัชกรรม

ผู้อนุมัติ .....

นายแพทย์เชิดเกียรติ เติมเกษมศานต์

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

สถานะเอกสาร

☑ **ควบคุม** ☐ **ไม่ควบคุม**

☐ **สำเนา**

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ

บันทึกการประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด
	1 มกราคม 2565	ประกาศใช้เอกสารทั้งฉบับ
	22 มีนาคม 2567	ประกาศใช้เอกสารทั้งฉบับ

บันทึกการแก้ไข/ทบทวนเอกสาร

แก้ไขครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	หน้าที่	รายละเอียดการแก้ไข/ทบทวน	ผู้แก้ไข/ทบทวน

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ

สารบัญ

เรื่อง	**หน้า**
วัตถุประสงค์ (Purpose)	4
การใช้งาน (Application)	4
คำจำกัดความ (Terminology and abbreviation)	4
ความรับผิดชอบ	5
ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure)	9
พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2559	9
พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564	9
ภาคผนวก	9

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ

1. วัตถุประสงค์ (Purpose)

1.1 เพื่อควบคุมการ เบิก - จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เป็นไปอย่างถูกต้อง

1.2 เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้ปฏิบัติตรงกัน

1.3 เพื่อให้ฝ่ายงานเภสัชกรรมสามารถจัดทำบัญชีการเบิกจ่าย และรายงานต่อคณะกรรมการอาหารและยาได้อย่างถูกต้อง

2. การใช้งาน (Application)

เป็นเอกสารที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

3. เอกสารอ้างอิง (Reference)

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ

-

4. คำจำกัดความ (Terminology and Abbreviation)

4.1 ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่า จะโดยวิธีใดตาม เช่น รับประทาน สูบ ดมหรือฉีดแล้ว จะก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจที่สำคัญ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้จัดประเภทของยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท

4.2 ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มีประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ก็มีโทษมาก ดังนั้นจึงต้องใช้ภายใต้ความควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้นผลิตหรือนำเข้า โดยกระทรวงสาธารณสุข และจำหน่ายให้แก่ผู้มีใบอนุญาตจำหน่าย หรือครอบครอง เช่น Morphine, Cocaine, Fentanyl, Methadone, Pethidine

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่มีใช้ในศูนย์แพทย์ฯ ดังตาราง

ลำดับที่	ชื่อยา	ความแรง	รูปแบบ
1.	Morphine sulfate	10 mg/ml	injection
2.	Fentanyl	100 mcg/2 ml	Injection
3.	Pethidine	50 mg/ml	Injection

4.3 วัตถุออกฤทธิ์ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใดๆ ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ หรืออารมณ์หรือทำให้เกิดความผิดปกติของการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ที่ได้รับสารเหล่านี้ การแบ่งประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีการจัดแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

4.4 วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 หมายถึง ยาที่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ เป็นสารที่ก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดสูง มีอันตรายต่อสุขภาพมากหากใช้ไม่เหมาะสม จึงต้องมีการควบคุมที่เข้มงวด ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้จัดหาและมีกระบวนการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานทั้งการผลิตและนำเข้า เช่น Midazolam, Zolpidem, Ketamine, Pseudoephedrine

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่มีใช้ในศูนย์แพทย์ฯ ดังตาราง

ลำดับที่	ชื่อยา	ความแรง	รูปแบบ
1.	Pseudoephedrine	60 mg	Tablet

2.	Ephedrine	30 mg/ml	Injection
3.	Midazolam	100 mcg/2 ml	Injection
4.	Ketamine	50 mg/ml	Injection

5. ความรับผิดชอบ (Responsibility)

บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งร่วมปฏิบัติงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก คือ เภสัชกร

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure)

6.1 การเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

6.1.1 แพทย์สั่งใช้ยา และกรอกข้อมูลในใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 2 – 2) โดยลงข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วนได้แก่

- ชื่อ-สกุลแพทย์ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
- รายการยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ขนาดความแรงและจำนวน ขนาดการใช้ยา
- ชื่อ – สกุลผู้ป่วย เลขบัตรประชาชน พร้อมที่อยู่
- วันที่สั่งจ่าย
- ลายมือชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย
- ลายมือชื่อผู้ทำการฉีดยา
- กรณีแพทย์สั่งใช้ยา น้อยกว่า 1 ampule หรือมียาเหลือ พยาบาลประจำงานจะต้องลงชื่อรับรองเป็นพยานการทำลายยาทิ้งอย่างน้อย 1 คน

6.1.2 การเบิกยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แบ่งเป็นงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน ดังนี้

6.1.2.1 งานผู้ป่วยนอก ในเวลาทำการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00 น. – 16.00 น. ยกเว้นวันหยุดราชการ

- แพทย์สั่งใช้ยา และกรอกข้อมูลในใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 2 – 2)
- พยาบาลนำใบสั่งยาพร้อมกับแนบแบบย.ส. 2 – 2 เพื่อนำเบิกยาที่งานเภสัชกรรม

- เภสัชกรตรวจสอบข้อมูลในใบสั่งยา และความครบถ้วนในแบบ ย.ส. 2-2 รวมทั้งจำนวน ampule ยา
- เภสัชกรพิมพ์ฉลากยาและทำการเบิกยาออกจาก Stock ยาเสพติด โดยมีเภสัชกรเซ็นทำการเบิกจ่ายยาและเภสัชกรอีก 1 คนเป็นผู้ตรวจสอบเสมอ
- พยาบาลลงลายมือชื่อผู้รับยา และนำส่งคืนซาก ampule ยาเปล่าในวันที่เบิกยา พร้อมลงลายมือชื่อผู้ฉีดยา กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาน้อยกว่า 1 ampule หรือมียาเหลือ จะต้อง ลงชื่อพยาบาลผู้ทำลายยา และพยาบาลผู้เป็นพยานรับรองการทำลายยาทิ้ง ก่อนส่งแบบ ย.ส. 2 – 2 มายังงานเภสัชกรรม

6.1.2.2 งานผู้ป่วยใน แบ่งการเบิกยา 2 กรณีดังนี้

6.1.2.2.1 กรณีในเวลาทำการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ยกเว้นวันหยุดราชการให้ทำการเบิกยาดังนี้

- แพทย์สั่งใช้ยาใน Doctor order sheet และกรอกข้อมูลในใบ แบบ ย.ส. 2-2 โดยลงข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน
- พยาบาลโทรแจ้งแผนกเภสัชกรรม และสแกน Doctor order sheet พร้อมกับนำส่งแบบ ย.ส. 2 – 2 เพื่อนำเบิกยาที่งานเภสัชกรรม
- เภสัชกรตรวจสอบข้อมูลการเบิกยาและความครบถ้วนในแบบ ย.ส. 2 – 2 รวมทั้งจำนวน ampule ยา
- เภสัชกรพิมพ์ฉลากยาและทำการเบิกยาออกจาก Stock ยาเสพติด โดยมีเภสัชกรเซ็นทำการเบิกจ่ายยาและเภสัชกรอีก 1 คนเป็นผู้ตรวจสอบเสมอ
- พยาบาลลงลายมือชื่อผู้รับยา และนำส่งคืนซาก ampule ยาเปล่าในวันถัดไปของการเบิกยา พร้อมลงลายมือชื่อผู้ฉีดยา กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาน้อยกว่า 1 ampule หรือมียาเหลือ จะต้องลงชื่อพยาบาลผู้ทำลายยา และพยาบาลผู้เป็นพยานรับรองการทำลายยาทิ้ง ก่อนส่งแบบ ย.ส. 2 – 2 มายังงานเภสัชกรรม

6.1.2.2.2 กรณีนอกเวลาทำการ และวันหยุดราชการ

การเบิกยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เพื่อสำรองในงานผู้ป่วยใน ซึ่งจะต้องจ่ายให้ผู้ป่วยในก่อนตามแพทย์สั่งใช้ยา จึงมาเบิกคืนจากงานเภสัชกรรม ดังนั้นงานผู้ป่วยในจึงมีสำรองไว้ในจำนวนที่พอเหมาะดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1.	Morphine sulfate 10 mg/ml	2 amp
2.	Fentanyl 100 mcg/ 2 ml	2 Amp
3.	Pethidine 50 mg/ml	2 Amp

- การเบิกยาคืนหลังจากการจ่ายยาให้ผู้ป่วย งานผู้ป่วยในนำแบบ ย.ส. 2 – 2 ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมสแกน Doctor order sheet และ ampule เปล่าของยาที่จะเบิก ใบขอเบิกยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มาขอเบิกจากงานเภสัชกรรม กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาน้อยกว่า 1 ampule หรือมียาเหลือ ต้องลงชื่อพยาบาลผู้ทำลายยา และพยาบาลผู้เป็นพยานรับรองการทำลายยาทิ้ง ก่อนส่งแบบ ย.ส. 2 – 2 มายังงานเภสัชกรรม
- ส่งเบิกยาเสพติดให้ให้โทษในประเภท 2 ได้ในวันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 13.00 น.
- เภสัชกรผู้รับผิดชอบจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารการเบิกโดยเภสัชกรพิมพ์ฉลากยาและทำการเบิกยาออกจาก Stock ยาเสพติด โดยมีเภสัชกรเซ็นทำการเบิกจ่ายยาและเภสัชกรอีก 1 คนเป็นผู้ตรวจสอบเสมอ จัดยาเสพติดคืนให้งานผู้ป่วยใน เวลา 14.00 น. – 16.00 น.
- เนื่องจากงานเภสัชกรรม จะต้องจัดทำรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ย.ส. 2/เดือน) และส่งเอกสารตัวจริงให้กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงขอความร่วมมือนำแบบ ย.ส. 2 – 2 มาเบิกให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป เพื่อความถูกต้องในการทำรายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำเดือน

6.1.2 การเก็บรักษายาเสพติดให้โทษในประเภท 2

- การจัดเก็บต้องมีการล็อคกุญแจเพื่อจำกัดการเข้าถึงของยา
- เก็บยาไว้ในสถานที่ป้องกันแสง ที่มีอุณหภูมิ 15 – 30 องศาเซลเซียส
- ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ชนิดฉีดเป็นยาปราศจากเชื้อบรรจุอยู่ในภาชนะชนิด ampule เมื่อเปิดใช้แล้ว สามารถเก็บไว้ได้ภายใน 24 ชั่วโมง และการเก็บรักษาจะต้องเก็บในภาชนะที่ปราศจากเชื้อและป้องกันแสง เพื่อความคงตัวของตัวยาสำคัญ

6.1.3 การจัดทำรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ย.ส. 2/เดือน) โดยเภสัชกรผู้รับผิดชอบ จัดทำรายงานให้เรียบร้อยภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน หัวหน้างานเภสัชกรรมตรวจสอบรายงานการใช้ยาพร้อมลงลายมือชื่อ จากนั้นเสนอให้รองอธิการฯ ลงลายมือชื่อ นำส่งเอกสารตัวจริงให้กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสำเนา 1 ฉบับเก็บไว้ที่งานเภสัชกรรม

6.1.4 การจัดทำรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำปี (แบบ ร.ย.ส. 2/ปี) เภสัชกรผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานประจำปี (แบบ ร.ย.ส. 2/ปี) ภายในวันที่ 5 ของเดือนมกราคม หัวหน้างานเภสัชกรรมตรวจสอบรายงานการใช้ยา พร้อมลงลายมือชื่อ จากนั้นเสนอให้รองอธิการฯ ลงลายมือชื่อ นำส่งเอกสารตัวจริงให้กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสำเนา 1 ฉบับเก็บไว้ที่งานเภสัชกรรม

6.2 การเบิกจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

6.1.1 แพทย์สั่งใช้ยา และกรอกแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine โดยลงข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน ได้แก่

- ชื่อ – สกุลแพทย์ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
- รายการยาวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ขนาดความแรง วิธีการใช้ยา และจำนวนที่สั่งจ่าย พร้อมระบุข้อบ่งใช้
- ชื่อ – สกุลผู้ป่วย และเลขบัตรประชาชน
- วันที่สั่งจ่ายยา
- ลายมือชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย

6.1.2 ผู้ป่วยนำใบสั่งยาพร้อมกับแนบแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine ให้กับงานเภสัชกรรม

6.1.3 เภสัชกรตรวจสอบข้อมูลในใบสั่งยา และความครบถ้วนในแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine

6.1.4 เภสัชกรพิมพ์ฉลากยา และทำการเบิกยาตามจำนวนที่สั่งจ่าย ออกจาก Stock ยาวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยมีเภสัชกรทำการเบิกจ่ายยาและเภสัชกรอีก 1 คนเป็นผู้ตรวจสอบเสมอ

6.1.5 เภสัชกรผู้รับผิดชอบเก็บแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine และจัดทำรายงานการใช้ยาประจำเดือน (แบบ บ.รจ. 2/เดือน) ให้เรียบร้อยภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน หัวหน้างานเภสัชกรรมตรวจสอบรายงานการใช้ยาพร้อมลงลายมือชื่อ จากนั้นเสนอให้รองอธิการฯลงลายมือชื่อลำดับถัดไป และนำส่งเอกสารตัวจริงให้กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสำเนา 1 ฉบับเก็บไว้ที่แผนกเภสัชกรรม

6.1.6 เภสัชกรผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานประจำปี (แบบ บ.รจ. 2/ปี) ภายในวันที่ 5 ของเดือนมกราคม หัวหน้างานเภสัชกรรมตรวจสอบรายงานการใช้ยา พร้อมลงลายมือชื่อ จากนั้นเสนอให้รองอธิการฯ ลงลายมือชื่อ และนำส่งเอกสารตัวจริงให้กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสำเนา 1 ฉบับเก็บไว้ที่แผนกเภสัชกรรม

7 มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard procedure)

-

8 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

8.1 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2559

8.2 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564

9 ภาคผนวก (Appendix)

9.1 แบบฟอร์มใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 2-2)

9.2 รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ย.ส. 2/เดือน)

9.3 รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ประจำปี (แบบ ร.ย.ส. 2/ปี)

9.4 แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine

9.5 รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ขจ. 2 / เดือน)

9.6 รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำปี (แบบ ร.ขจ. 2 /ปี)

แบบ ย.ส. ๒-๒

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นพ./ พญ. .....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ / ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลชื่อ ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์
อยู่เลขที่ 402/1 ม.5 ต. เขาทอง อ. พยุหะคีรี จ. นครสวรรค์ 60130 โทรศัพท์ 056- 009 -609
ขอสั่งจ่ายรายการยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ยาเสพติดให้โทษประเภท 2			ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (หน่วยเป็น amp) (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
	ชื่อตัวยาสำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง		
1.					
2.					
3.					

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาซึ่งรับการบำบัด)
ชื่อ ..... อายุ ..... ปี บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่น
ที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนเลขที่ .....
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ถนน .....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด .....
โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ออกใบสั่ง
(.....)

ช่องนี้สำหรับผู้ฉีด

ลงชื่อ..... ผู้ฉีดยา วันที่ .....

ยาเหลือ..... ☐ ทำลาย ☐ ไม่ทำลาย

ลงชื่อ..... ผู้ทำลายยา วันที่ .....
ลงชื่อ..... พยาน วันที่ .....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ

แบบ ร.บ.ส. ๒/ เดือน

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ (ให้ติดเลือกข้อความใน ☐ เพียงช่องเดียว)

☒ จำหน่าย ☐ มีไว้ครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาต...นางนนทกานต์ โอประเสริฐวัลย์..... ใบอนุญาตเลขที่ .....2/2564.....

ชื่อสถานที่ .....ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จ. นครสวรรค์..... ตั้งอยู่เลขที่ .....402/1..... หมู่ที่ ..5.. ถนน .....-..... ตำบล/แขวง .....เขาทอง.....

อำเภอ/เขต .....พยุหะคีรี..... จังหวัด .....นครสวรรค์..... โทรศัพท์ ....056-009-609..... โทรสาร .....-.....

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒			หน่วย *	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
	รวม									

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(นางนนทกานต์ โอประเสริฐวัลย์)

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววราภรณ์ แสงนัย)

หัวหน้างานเภสัชกรรม

แบบ ร.ย.ส. ๒/ปี

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ประจำปี พ.ศ. .....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ทำเครื่องหมาย ☒ เพียงช่องเดียว)

☒ สำหน่าย ☐ มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาต นายนนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ ชื่อสถานที่ ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จ. นครสวรรค์

ตั้งอยู่เลขที่ 402/1 หมู่ที่ 5 ถนน - ตำบล/แขวง เขากอง อำเภอ/เขต พยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ โทรศัพท์ 056-009-609 โทรสาร -

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (หน่วย....ampule.....)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
๑						
๒						
๓						
๔						
๕						
๖						
๗						
๘						
๙						
๑๐						
๑๑						
๑๒						
	รวม					

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

นายนนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววราภรณ์ แสงนัย)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
402/1 หมู่ 5 ต. เขาทอง อ. พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ 60130
โทร. 056-009-609

แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Pseudoephedrine

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นพ./ พญ. .....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ .....
สั่งจ่ายยา Pseudoephedrine 60 mg
วิธีการใช้ยา ..... **จำนวน** ..... เม็ด (เขียนเป็นตัวอักษร) ไม่เกิน 10 เม็ด/ครั้ง
ยกเว้น แพทย์เฉพาะทางหูคอจมูก จ่ายได้ 30 เม็ด/ครั้ง

ข้อบ่งใช้

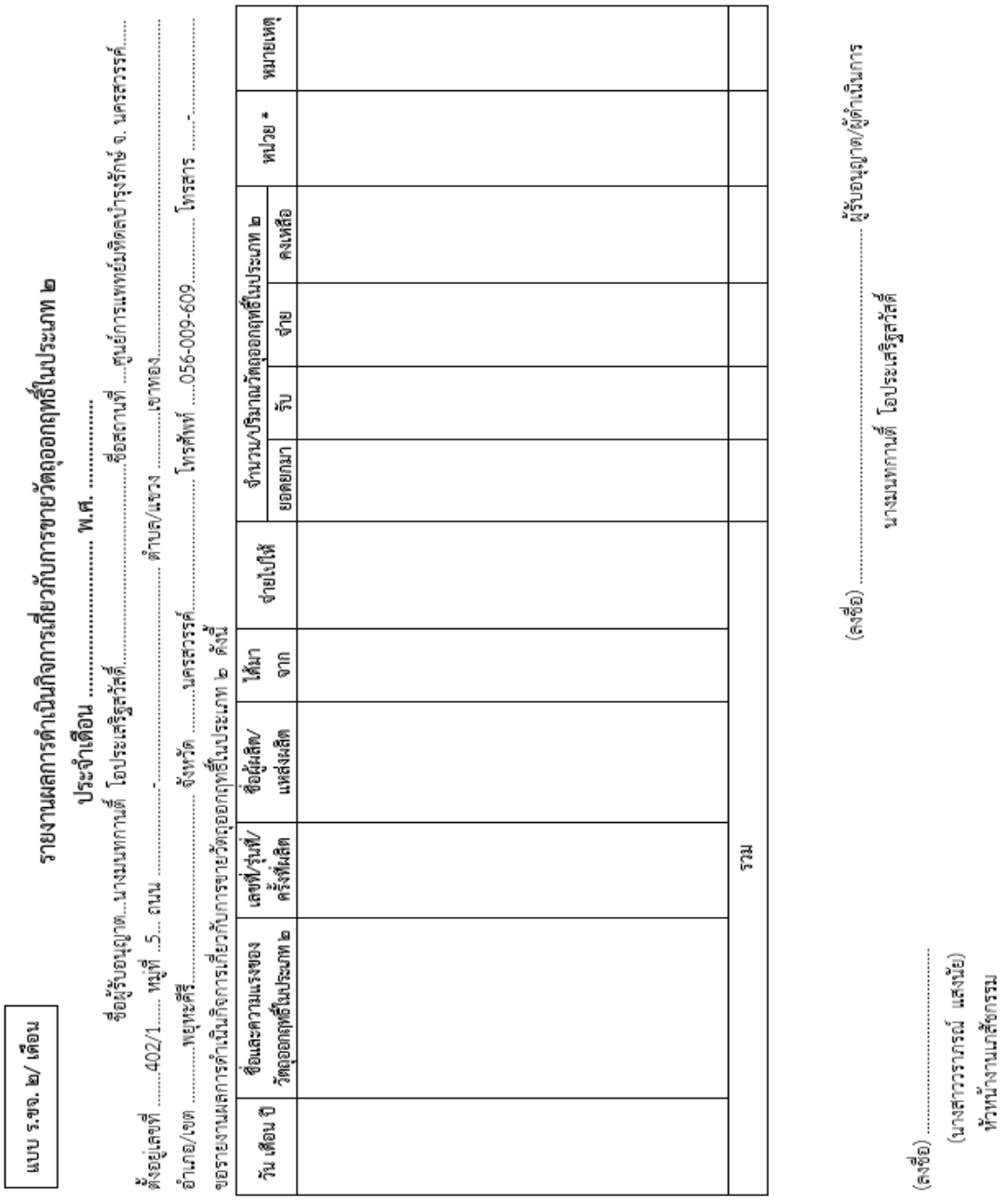
- ☐ 1. ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้เรื้อรังที่เคยใช้มาก่อน
- ☐ 2. ผู้ป่วยใช้ยาที่มี Phenylephrine เป็นส่วนประกอบแล้วไม่ได้ผล
- ☐ 3. อื่นๆ โปรดระบุ .....

ชื่อผู้ป่วย ..... **เลขบัตรประชาชน** .....

หมายเหตุ 1. ให้รับยาในวันที่แพทย์สั่งยาเท่านั้น /ไม่อนุญาตส่งยากลับบ้านทางไปรษณีย์
2. ผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์จริง

แพทย์ผู้สั่งยา .....
(.....)

เอกสารควบคุม : ไม่ให้คัดลอกสำเนา เปลี่ยนแปลงหรือแจกจ่าย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ



แบบ ร.ขจ. ๒/ เดือน

รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ชื่อผู้รับอนุญาต...นางมนทกานต์ โอปประเสริฐสวัสดิ์..... ชื่อสถานที่ ....ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จ. นครสวรรค์.....

ตั้งอยู่เลขที่ .....402/1..... หมู่ที่ ..5.. ถนน ..... ตำบล/แขวง .....เขาทอง.....

อำเภอ/เขต .....พยุหะคีรี..... จังหวัด .....นครสวรรค์..... โทรศัพท์ ....056-009-609..... โทรสาร .....-.....

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒			หน่วย *	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	

แบบ ร.ง.ว. ๒/ ปี

รายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำปี พ.ศ. .....

ชื่อผู้รับอนุญาต..นางมนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์.....ชื่อสถานที่ ....ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จ. นครสวรรค์.....

ตั้งอยู่เลขที่ .....402/1..... หมู่ที่ ..5.. ถนน .....-.....ตำบล/แขวง .....เขาทอง.....

อำเภอ/เขต .....พยุหะคีรี..... จังหวัด .....นครสวรรค์..... โทรศัพท์ ....056-009-609..... โทรสาร .....-.....

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ (หน่วย...เม็ด...*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม						
กุมภาพันธ์						
มีนาคม						
เมษายน						
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

นางมนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววราภรณ์ แสงนัย)

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ