

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง เลขที่.....

ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail

ขอสั่งจ่ายรายการยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒			ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
	ชื่อตัวยาสำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง		
<input type="checkbox"/>	Morphine sulfate inj.		10 mg/amp		
<input type="checkbox"/>	Morphine IR		10 mg/Tab		
<input type="checkbox"/>	Morphine SR	Kapanol	20 mg/cap		
<input type="checkbox"/>	Pethidine HCL inj.		50 mg/amp		

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชน เลขที่.....

อยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ฉีด
 (ลายมือชื่อ).....พยาน
 ปริมาณยาที่เหลือ.....ml
 (ลายมือชื่อ).....ผู้ทิ้ง
 (ลายมือชื่อ).....พยาน
 เวลา..... วันที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกไปสั่ง

หมายเหตุ ๑. ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

๒. ให้ผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัดส่งมอบเอกสารฉบับนี้ (ซึ่งเป็นเอกสารต้นฉบับ)

ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา และให้สถานพยาบาลเก็บรักษาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยา

๓. ให้สถานพยาบาลที่สั่งจ่ายยาเก็บสำเนาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการสั่งจ่ายยา

ผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายจะจำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษาได้ต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง แล้วแต่กรณี