13

เอกสารควบคุม 34

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-010
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิก-จ่ายยาเสพติด (เฉพาะยาฉีดและ Powder)		
วันที่ประกาศใช้ : 4 ธ.ค. 2545	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : 0
ผู้จัดทำ :	ภญ.ทิวารัตน์ อินปั้นแก้ว/หัวหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน	
ผู้ทบทวน :	นายสมพงศ์ คำสาร/หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	
ผู้อนุมัติ :	นพ.วรพจน์ พิทักษ์ดำรงวงศ์ ผู้แทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR)	

แก้ไขครั้งที่	วันที่แก้ไข	หมายเลขใบขอแก้ไข	รายละเอียด

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-010
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิก-จ่ายยาเสพติด (เฉพาะยาฉีดและ Powder)		
วันที่ประกาศใช้ : 1 - 4 S.A. 2545	แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 1/2

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการเบิก – จ่ายยาเสพติด (เฉพาะยาฉีดและ Powder)

ขั้นตอนการทำงาน

การทำงาน	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
รับใบเบิกจากหน่วยเบิก	นางพาณี เจริญทรัพย์	-
↓		
ตรวจสอบเอกสารการเบิก	นางพาณี เจริญทรัพย์	ข้อปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่ายยาเสพติด(เฉพาะยาฉีด) (WI – PHA -066)
↓		
จ่ายยาจาก Stock ให้แก่หน่วยเบิกพร้อมลงลายมือในเอกสารการเบิก	นางสาวศันสนีย์ คนุพงศ์สิริ	ข้อปฏิบัติในการเบิกยาออกจาก Stock (WI – PHA - 067)
↓		
เจ้าหน้าที่ของหน่วยเบิกรับยาเสพติดพร้อมลงลายมือชื่อในเอกสารการเบิกและสมุดลงรับยาเสพติด	เจ้าหน้าที่ของหน่วยเบิก	-

เอกสารแนบท้าย

- หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- รายชื่อหน่วยงานที่มียาเสพติด และ/หรือวัตถุออกฤทธิ์สำรองอยู่
- สมุดลงรับยาเสพติดให้โทษ (FR – PHA – 034)
- Stock card (FR – PHA – 136)
- ใบ ยส.5 (SD- PHA- 019)
- ใบ ยส.6 (SD – PHA - 019)
- ใบ บจ.8 (SD – PHA - 019)
- ใบแทนการเบิก (FR – PHA - 040)
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR – PHA - 026)

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับ

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-010
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : ขั้นตอนการเบิก-จ่ายยาเสพติด (เฉพาะยาฉีดและ Powder)		
วันที่ประกาศใช้ : 5 4 ธ.ค. 2545	แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 2/2

บันทึกคุณลาพที่จะเกิดขึ้นตามระเบียบปฏิบัติงานนี้

- สมุดลงรับยาเสพติดให้โทษ
- Stock card (FR – PHA -136)
- ใบ ยส.5 (SD- PHA- 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ ยส.6 (SD – PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ บจ.8 (SD – PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบแทนการเบิก (FR – PHA - 040) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR – PHA - 026)

เอกสารควบคุม

หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ ยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

นางพาณี เจริญทรัพย์ มีหน้าที่ดังนี้ คือ

- ตรวจสอบรายงานการเบิกซึ่งประกอบด้วย
  1. ยส.5
  2. ยส.6
  3. รายงานการเบิก – จ่าย ประจำเดือนของหอผู้ป่วย

  ให้มีการกรอกข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง
- ส่งใบรายงานการเบิก – จ่าย ประจำเดือนของหอผู้ป่วย ให้แก่ผู้ทำการตัด Stock
- ทุกวันที่ 20 ของเดือน ให้รวบรวมและตรวจสอบเอกสาร ดังนี้
  1. ใบรายงานการเบิก – จ่าย ประจำเดือนของหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย
  2. ใบ ยส.5 และใบ ยส.6 จากหน่วยเบิกและหอผู้ป่วย
  3. ใบ บจ.8 และใบ บจ.10 จากหน่วยเบิก

  ให้มีการกรอกข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง พร้อมทั้งส่งแบบสรุปรายงานยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้แก่ผู้จัดทำรายงาน
- ทำการสุ่มตรวจจำนวนคงเหลือของหน่วยเบิกต่าง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด 3 เดือน / ครั้ง

เจ้าหน้าที่

- ทำการเบิก – จ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท แก่หอผู้ป่วย โดยลง Stock card และลงชื่อรับยาเสพติด
- ทุกวันที่ 30 ของเดือน เมื่อรับแบบสรุปรายงานยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จากนางพาณี เจริญทรัพย์ แล้วให้จัดทำรายงาน เสนอหัวหน้าหน่วยจ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เพื่อเสนอ หัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ต่อไป ทำการสำรวจ Stock และเขียนเงื่อนไขที่กำหนดความเพื่อเบิกยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เสนอหัวหน้าหน่วยจ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เพื่อเสนอหัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน และหัวหน้างานคลังเวชภัณฑ์

เภสัชกร

- ประสานงานกับแพทย์
- เก็บรักษากุญแจของ Stock
- ตรวจเช็คยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ใน Stock ทุกวันทำการ

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับ

รายชื่อหน่วยงานที่มียาเสพติด และ / หรือ วัตถุออกฤทธิ์ สำรองอยู่

หน่วยงาน	รายการยา / จำนวน	หัวหน้าหน่วยงาน	ผู้รับผิดชอบ
ห้องจ่ายยา OPD	Morphine 10 mg tab. Codeine 15 mg tab. Flunitrazepam 1 mg tab. Midazolam 15 mg tab. Pheudoephedrine 60 mg tab.	ภก.สัมฤทธิ์ อุตรสัก ภญ.เนตรนภา นาขวา	นายไพโรจน์ บันทอง
ห้องจ่ายยา OPD CLINIC	Midazolam 15 mg tab. Pseudoephedrine 60 mg tab.	ภก.สัมฤทธิ์ อุตรสัก	นายชัยพร คำมูลใจ
ห้องจ่ายยา IPD	Morphine 10 mg tab. Codeine 15 mg tab. Midazolam 15 mg tab. Midazolam 15 mg inj.	ภญ.สุภาวัชน์ พัฒนรังสรรค์	นางสุภาวดี กัญจา
ห้องจ่ายยา ER	Morphine 10 mg tab. Codeine 15 mg tab. Flunitrazepam 1 mg tab. Midazolam 15 mg tab. Midazolam 15 mg inj. Pseudoephedrine 60 mg tab.	ภก.สุทิศ ศรีเลศิลป์	นายอาคม สังข์พนัส
หอผู้ป่วย สงฆ์ 2	Morphine 10 mg inj. 15 amp Pethidine 50 mg inj. 15 amp	นางลำยอง วรัตพงศ์	นางสาวทับทิม รับแจ่ม
หอผู้ป่วย ร่มเย็น 4	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp		
หอผู้ป่วย ร่มเย็น 5	Morphine 10 mg inj. 5 amp Pethidine 50 mg inj. 5 amp	นางสาวจารุวรรณ วานม่วง	นางสาวจารุวรรณ วานม่วง
หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางสาวิตรี ลุขเกษม	นางปัทมา นนทรี
หอผู้ป่วย ศัลยกรรม 3 หอผู้ป่วย สูติกรรม	Morphine 10 mg inj. 20 amp Pethidine 50 mg inj. 20 amp Morphine 10 mg inj. 30 amp Pethidine 50 mg inj. 50 amp	นางคนึงนิจ มณีวระ นางพึงใจ กันลุทธิ	นางดุษฎี อุณเวทย์วานิช นางสาวอัมพวัน ชุมพูกาวัน

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับ

หน่วยงาน	รายการยา / จำนวน	หัวหน้าหน่วยงาน	ผู้รับผิดชอบ
หอผู้ป่วย วิสัญญี	Morphine 10 mg inj. 30 amp Pethidine 50 mg inj. 20 amp Fentanyl 0.1 mg inj. 50 amp Midazolam 15 mg inj. 10 amp Ketalar 50 mg/ml – 10 ml 12 vial	นางวราภรณ์ สุพรรณ	นางศรีสุดา มาศิริ
หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 15 amp	นางเกษสุดา ชนะเครื่อง	นางสังวาลย์ ธนะแก้ว
หอผู้ป่วย ER	Morphine 10 mg inj 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางธิดา กัมพูพงศ์	นางตรีรัตน์ เลาหเพ็ญแสง
หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางยุพาพร มูลรินต๊ะ	นางสาวสุนทรี อินธรรมขันธ์
หอผู้ป่วย อายุรกรรม 3	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางมนฤษ เอกสุวรรณ	นางศรีทวน วิบูลย์มา
หอผู้ป่วย เด็ก	Morphine 10 mg inj. 5 amp Pethidine 50 mg inj. 5 amp	นางนุชนารถ ลี้ตระกูล	นางรัตเกล้า ปราบรมชัย
หอผู้ป่วย เทพมณี	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางสาวอัมพร อภิวัฒนากร	นางเพ็ญจิตร ม่านมุงศิลป์
หอผู้ป่วย ICU	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางอัญจนา ไชยวงศ์	นางสาวนงเยาว์ ใจสนิท
หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 15 amp	นางจงภักดี พร้อมเพรียงบุญ	นางบุญเรือง ต๊ะชิ
หอผู้ป่วย ENT	Cocaine powder	นางจุไรรัตน์ จารุศิริพจน์	นางจุไรรัตน์ จารุศิริพจน์
หอผู้ป่วย OR	Cocaine powder	นางสาวธนาภรณ์ วาวงศ์	นางออม มาเกตุ
หอผู้ป่วย ศัลยกรรม 4	Morphine 10 mg inj. 10 amp Pethidine 50 mg inj. 10 amp	นางมาลินี พีรนัทปัญญา	นางวชิรา ช่วยชูตระกูล

ยาเสพติด

ต้นฉบับ
เอกสารควบคุม ฉ.25

Morphine 10 mg/1ml เข็ม | เดือน ธันวาคม 2544

ว.ด.ป	ชื่อผู้ป่วย	Lot No.	จำนวน	ผู้รับ	ผู้จ่าย
22/11/44	AN	51 (IC147-Ge)	4C		
26/11/44	ภัค	543508 (C2311)	=		
29/11/44	ณิ	543508 (C2312)	1C		
29/11/44	ณิ	543508 C2315-F	3C		
30/11/44	ดน	543508 (C2313)	5		
4/12/44	AN	51 (IC143-6)	4C		
"	ณัฐ	543508 (C2311)	1C		
7/12/44	ภัค	543508 (C2312)	6		
12/12/44	รุ่ง	543508 (C2305-J)	2C		
14/12/44	ER	543508 (C2302)	9		
19/12/44	AN	51 (10141-2)	2C		
"	รุ่ง	543508 (C2301)	1C		
"	เกล	543508 (C2305)	4		
20/12/44	เกพ	543508 (C2305)	5		
	ดล	543508 (C2345)	2		
21/12/44	ศรช์	543508 (C2345)	7		
25/12/44	ICU	543508 (C2344)	3		
"	ชร	543508 (C2344)	4		
"	ดว	543508 (C2342-3)	2C		
26/12/44	ER	543508 (C2344)	2		
รวม			254		

เอกสารควบคุม

ITEM.

IN-OUT AND BALANCE RECORD

DATE	ORDER NO.	DESCRIPTION	IN	OUT	TOTAL MONTH TODATE	BALANCE	DATE	ORDER NO	DESCRIPTION	IN	OUT	TOTAL MONTH TODATE	BALANCE

NUMBER	ARTICLE	SHORT	ORDERED	SHIPPED	MIN. QUAN.

FR- PHA -136

เอกสารควบคุม

แบบ ยส.5

ต้นฉบับ ใบสั่งจ่ายยาเสพ. .ให้โทษประเภท 2

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์ เลขที่ .....อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน จามเทวี หมู่ 11 ตำบล ต้นธง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

1. MOPHINE INJ 0.01 GM/ML จำนวน AMP.
2. PETHIDINE INJ 0.05 GM/ML จำนวน AMP.
3. CODEINE INJ 0.015GM/ML จำนวน AMP.
4. FENTANYL INJ 0.0001 GM/2ML จำนวน AMP.
5. COCAINE INJ .....% จำนวน ML.
6. MORPHIE TAB 0.01 GM/TAB จำนวน เม็ด
7. CODEINE TAB 0.015 MG/TAB จำนวน เม็ด
8. .....

ให้แก่(ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา/วิสัญญี/ผ่าตัดกรอก
ข้าพเจ้าได้คิดค่ายาลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์/ค่าคมยา/ค่าผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว.....AMP./เม็ด/ML
(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก

oot2.doc

SD - PHA - 019

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ.....

แบบ ย.ส.6

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 ที่ 265/2533 หมวด ก.

โรงพยาบาลลำพูน อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย ถนน จามเทวี

ตำบล/แขวง ในเมือง อำเภอ/เขต เมืองลำพูน จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-2

เอกสารสำเนา

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	รหัส	ได้มาจาก	จ่ายไป	(ปริมาณ กรัม หรือ ซ.ม.^{3})			หมายเหตุ
				รับ	จ่าย	คงเหลือ	
		สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา					

ต้นฉบับ

THA - 019

เอกสารควบคุม
ต้นฉบับ

แบบ บจ.8

ใบสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท2

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์ เลขที่ .....อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน- วงแหวน หมู่ 11 ตำบล ต้นธง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการวัตถุออกฤทธิ์ที่สั่งจ่ายและจำนวน

1. TRIAZOLAM 0.25 MG (HA-CI-ON) จำนวน เม็ด
2. FLUNITRAZEPAM 2 MG (ROHYPNOL) จำนวน เม็ด.
3. MIDAZOLAM 15 MG (DORMICUM) จำนวน เม็ด.
4. MIDAZOLAM 15 MG/3ML (DORMICUM) จำนวน amp.
5. PSEUDOEPHEDRINE 60 MG (PSEUDOMED) จำนวน เม็ด.
6. KETALAR 50 MG/ML (10 ML) จำนวน ML.
7. .....

ให้แก่(ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา
ข้าพเจ้าได้คิดค่ายาลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว.....AMP./เม็ด
(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก

(กรุณาให้แพทย์เซ็นใบ บจ.8 ให้เรียบร้อยก่อนเบิกยา)

เอกสารควบคุม

ใบแทนสั่งจ่ายยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์

(ใช้แทนกรณีแพทย์ยังไม่ได้เซ็นใบยส 5 /บจ 8)

วันที่.....เวลา.....

ตึก.....

ชื่อผู้ป่วย.....

ชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย.....

รายการ	จำนวน	ส่งรายงาน	คืนยา
(ยส 5)			
1.MOPHINE 10mg/tab	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
2.CODEINE 15mg/tab	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
บจ 8)			
1.TRIAZOLAM 0.25mg(HACION)	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
2.NITRAZEPAM 5mg(MOGADON)	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
3.FLUNITRAZEPAM 2mg(ROHYPNOL)	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
4.MIDAZOLAM 15mg(DORMICUM)	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด
5.MIDAZOLAM 15mg/3ml(DORMICUM)	.....หลอด	.....หลอด	.....หลอด
6.PSEUDOEPHEDRINE 60mg(PSEUDOMED)	.....เม็ด	.....เม็ด	.....เม็ด

ลงชื่อ.....ผู้ยืมยา(หัวหน้าเวร)
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน/ยาคืน
วันที่.....

จงชื่อ.....ผู้จ่าย
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)
วันที่.....ห้องจ่ายยา.....เวร.....

ห้องจ่ายยา.....เวร.....

หมายเหตุ

* ต้องแนบใบน้ำมพร้อมใบสั่งยา
* หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามใบยส 5/บจ 8 คืนห้องยา หรือ กรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยา/ใช้ยาไม่หมด หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการคืนยาด้วย
* ใบแทนฯนี้ใช้กับยาที่มีรายชื่อที่ระบุไว้เท่านั้น สำหรับยาเสพติดอื่นที่เบิกไป stock ที่หอผู้ป่วยแล้ว ให้ใช้ใบยส 5 ทุกครั้ง

เอกสารควบคุม

ต้นฉบับ

แบบรายงานการรับจ่ายยาเสพติดให้โทษ ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ยา Morphine inj / Pethidine inj / Codeine inj

หอผู้ป่วย.....

	Morphine 10 mg/ml-amp (0.01/1ml-amp)				Pethidine 50mg/ml-amp (0.05gm/ml)				Codeine 0.06 gm/ml-amp หรือ Fentanyl 0.0001 gm/2ml-amp			
ยกมาจากเดือน	.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม			
	เปิกยา				เปิกยา				เปิกยา			
เปิกยา	จำนวน	ผู้เบิก	ผู้รับ	ผู้จ่าย	จำนวน	ผู้เบิก	ผู้รับ	ผู้จ่าย	จำนวน	ผู้เบิก	ผู้รับ	ผู้จ่าย
ว/ด/ป												
รวมยอดเบิก	.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม			
ยกมา+เบิกใหม่	.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม			
ส่งรายงาน	จำนวน	หัวหน้า	ผู้ส่ง	ผู้รับ	จำนวน	หัวหน้า	ผู้ส่ง	ผู้รับ	จำนวน	หัวหน้า	ผู้ส่ง	ผู้รับ
ว/ด/ป												
รวมยอดส่ง	.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม			
ยอดค้างตีกไป	.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม				.....amp คิดเป็น.....กรัม			

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องยา

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง