

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-014
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : การจัดทำและส่งรายงานการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษ / วัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท		
วันที่ประกาศใช้ : 4 S.A. 2545	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : 0
ผู้จัดทำ :	กณ.ทิวรัตน์ อินปันแก้ว/หัวหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน	
ผู้ทบทวน :	นายสมพงศ์ คำสาร/หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	
ผู้อนุมัติ :	นพ.วรพจน์ พิทักษ์คำรงค์ ผู้แทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR)	

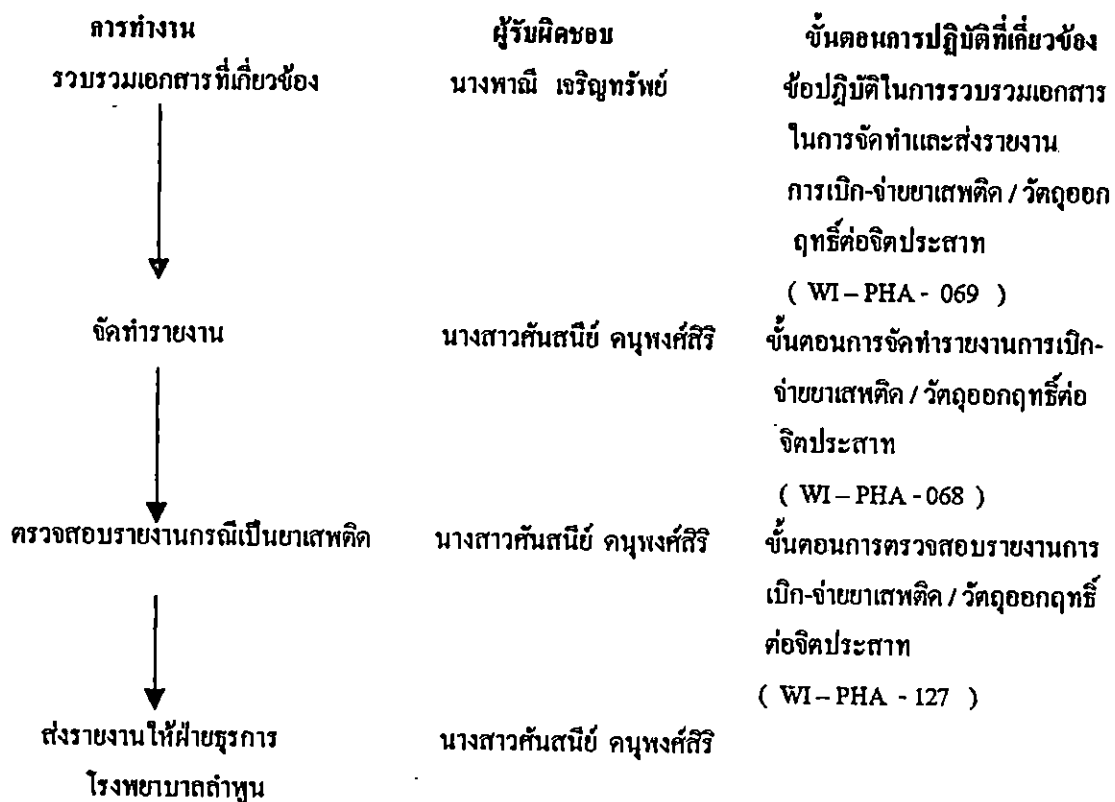
แก้ไขครั้งที่	วันที่แก้ไข	หมายเลขใบขอแก้ไข	รายละเอียด

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-014	
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : การจัดทำและส่งรายงานการเบิก-จ่ายยาเสพติดให้โทษ / วัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท			
วันที่ประกาศใช้ : - 4 S.A. 2545		แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 1/2

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำและส่งรายงานการเบิก-จ่ายยาเสพติดให้โทษ / วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
ขั้นตอนการทำงาน



ฉบับ เอกสารควบคุม

โรงพยาบาลลำพูน		SOP-PHA-014
ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง : การจัดทำและส่งรายงานการเบิก-จ่ายยาเสพติดให้โทษ / วัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท		
วันที่ประกาศใช้ : 4 ส.ค. 2545	แก้ไขครั้งที่ : 0	หน้า : 2/2

เอกสารแนบท้าย

- สมุดลงรับยาเสพติดให้โทษ(FR – PHA-034)
- Stock card (FR – PHA-136)
- ใบ ชส.5 (SD – PHA - 019)
- ใบ ชส.6 (SD – PHA - 019)
- ใบ บจ.8 (SD – PHA - 019)
- ใบแทนการเบิก (FR – PHA - 040)
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR- PHA - 026)
- บันทึกข้อความส่งรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (FR – PHA - 019)
- แบบฟอร์มสรุปรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (FR – PHA - 020)
- บันทึกข้อความส่งรายงานการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ (FR- PHA - 018)
- แบบฟอร์มสรุปรายงานการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ (FR- PHA - 264)

บันทึกคุณภาพที่จะเกิดขึ้นตามระเบียบปฏิบัตินี้

- สมุดลงรับยาเสพติดให้โทษ(FR – PHA-034)
- Stock card (FR – PHA - 019)
- ใบ ชส.5 (SD – PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ ชส.6 (SD – PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบ บจ.8 (SD – PHA - 019) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- ใบแทนการเบิก (FR – PHA - 040) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
- แบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประจำเดือน (FR- PHA - 026)
- บันทึกข้อความส่งรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (FR – PHA - 019)
- แบบฟอร์มสรุปรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (FR – PHA - 020)
- บันทึกข้อความส่งรายงานการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ (FR- PHA - 018)
- แบบฟอร์มสรุปรายงานการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ (FR- PHA - 264)

ต้นฉบับ เอกสารควบคุม

๕๐๒๕

Morphine 10 mg/ml inj			เดือน ธันวาคม ๒๕๔๔		
ร.น.	รหัสผู้ป่วย	Lot No.	จำนวน	วันที่	ผู้รับ
๒๒/๑๑/๔๔	AN	51 (10147-80)	40	0	52
๒๓/๑๑/๔๔	AN	543504 (02314)	7		52
๒๔/๑๑/๔๔	AN	543504 (02312)	10		52
๒๕/๑๑/๔๔	AN	543504 (02315-7)	30		52
๒๖/๑๑/๔๔	AN	543504 (02313)	5		52
๑/12/๔๔	AN	51 (10143-6)	40		52
๒/12/๔๔	AN	543504 (02311)	10		52
๓/12/๔๔	AN	543504 (02312)	6		52
๑๒/12/๔๔	AN	543504 (02303-4)	20		52
๑4/12/๔๔	ER	543504 (02302)	9		52
๑9/12/๔๔	AN	51 (10141-2)	20		52
	AN	543504 (02301)	10		52
	AN	543504 (02305)	4		52
๒๐/12/๔๔	AN	543504 (02305)	5		52
	AN	543504 (02345)	2		52
๒1/12/๔๔	AN	543504 (02345)	7		52
๒5/12/๔๔	ICU	543504 (02344)	3		52
	AN	543504 (02344)	4		52
	AN	543504 (02342-3)	20		52
๒6/12/๔๔	ER	543504 (02344)	2		52

รวม

254

เอกสารควบคุม

[illegible]

เอกสารควบคุม

แบบ บส.5

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2

ต้นฉบับ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบ
อนุญาตประกอบการบำบัดโรคติ้ว แขนที่อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน จามเทวี หมู่ 11
ตำบล คันธง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์ 510020-22

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

- | | | |
|-------------------------------|-------|------|
| 1. MORPHINE 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
ข้าพเจ้าได้กักจ่ายลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์/คำคม
บนคำฝักเรียบร้อยแล้ว.....AMP/เม็ด/ML
(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก

0012.doc SD-PHA-019

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ.....
 นายการโรงพยาบาลลุ่ม...ใบขอเข้าจากนายหรือ...ในครอบครัวของชงยาเสถียรให้โทษ ประเภท ๒ พ.ร.บ. ๒๖๕/๒๕๓๓ หมวด ก.
 โรงพยาบาลลุ่ม...อยู่เลขที่ ๑๗๗.....ต.ระชา/ชอ.....จ.น่าน.....
 ตำบล/แขวง.....ถนน.....จังหวัด.....อำเภอ/เขต.....เมือง.....โทรศัพท์ ๕๑๐๒๐-๒

รหัสนิติกรรม	ชื่อผู้โอน	ชื่อผู้รับ	ที่มา	จำนวนเงิน	การโอน			หมายเหตุ
					โอนไป	โอนมา	รวม	
2	นาย...	นาง...	...	...	...	...	...	...

เอกสารควบคุม ต้นฉบับ

แบบ บจ.8

ใบสั่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบ
อนุญาตประกอบการบำบัดโรคจิตเวช เลขที่.....อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน จามเทวี หมู่ 11
ตำบล ดันรง 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.....

ข้าพเจ้ารับเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา

ข้าพเจ้าได้ศึกษายาลงในใบสั่งยา/ใบเวชภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว

รื้อยาแล้ว.....AMP/เม็ด

(ลงชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้จัดซื้อความที่ไม่ต้องการออก

(กรุณาให้แพทย์เซ็นใบ บจ.8 ให้เรียบร้อยก่อนเบิกยา)

SD- PHA - 019

เอกสารควบคุม

ใบแทนสั่งจ่ายยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ (ใช้แทนกรณีแพทย์ยังไม่ได้เซ็นใบยส 5 /บจ 8)

วันที่.....เวลา.....
ตึก.....

รายการ

จำนวน

(ยส 5)

MOPHINE 10mg/tabเม็ด
2.CODEINE 15mg/tabเม็ด

(บจ 8)

1.TRIAZOLAM 0.25mg(HACION)เม็ด
2.NITRAZEPAM 5mg(MOGADON)เม็ด
3.FLUNITRAZEPAM 2mg(ROHYPNOL)เม็ด
4.MIDAZOLAM 15mg(DORMICUM)เม็ด
5.MIDAZOLAM 15mg/3ml(DORMICUM)หลอด
6.PSEUDOEPHEDRINE 60mg(PSEUDOMED).....เม็ด

ชื่อผู้ป่วย.....
ชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย.....

ส่งรายงาน

คินยา

.....เม็ดเม็ด
.....เม็ดเม็ด
.....เม็ดเม็ด
.....เม็ดเม็ด
.....หลอดหลอด
.....เม็ดเม็ด

ลงชื่อ.....ผู้รับยา(หัวหน้าเวร)
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน/ยาคิน
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(ลายมือชื่อตัวบรรจงอ่านได้)

วันที่.....ห้องจ่ายยา.....เวร.....

ห้องจ่ายยา.....เวร.....

หมายเหตุ

- * ต้องแนบใบแนมพร้อมใบสั่งยา
- * หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามใบยส 5/บจ 8 คืนห้องยา หรือ กรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยา/ใช้ยาไม่หมด หัวหน้าเวรต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการคืนยาคืน
- * ใบแทนนี้ใช้กับยาที่มีรายชื่อที่ระบุไว้เท่านั้น สำหรับยาเสพติดอื่นที่เบิกไป stock ที่หอผู้ป่วยแล้ว ให้ใช้ใบยส 5 ทุกครั้ง

**เอกสารควบคุม
ต้นฉบับ**

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

57 Morphine inj / Pethidine inj / Codeine inj

หอผู้ป่วย.....

[illegible]

สำหรับใช้น้ำที่ห้องฯ

สรุปรายงานการรับ-จ่าย ขาเสด็จในพระบาท 2

ประจำเดือน.

Index

ผู้ถือใบอนุญาต นางสมรธรรม
ศูนย์การเรียนรู้ ใบอนุญาตเลขที่ 153/2538

ပြည်သူ့

นาม.....ผู้รับอนุญาต

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงาน โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

FE-PhA-020

วันเดือนปี	รายการ	คงเหลือจากเดือนก่อน เมื่อยาเสพติดให้โทษเป็นกรัม	รับในระหว่างเดือนนี้ เมื่อยาเสพติดให้โทษเป็นกรัม	รวมสำหรับเดือนนี้ เมื่อยาเสพติดให้โทษเป็นกรัม	จำนวนระหว่างเดือน เมื่อยาเสพติดให้โทษเป็นกรัม	คงเหลือเมื่อสิ้นเดือนนี้ เมื่อยาเสพติดให้โทษเป็นกรัม
	1.MORPHINE INJ. 10MG					
	2.PETHIDINE INJ.50 MG					
	3.FENTANYL INJ.0.10MG					
	4.MORPHINE TAB 10 MG					
	5.COCAINE POWDER					
	6.CODEINE TAB 15 MG					

เอกสารควบคุม กันฉับ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม
ที่ ลพ.0033.220 /จบ2/ วันที่
เรื่อง ส่งรายงานรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 ประจำเดือน
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม)

ด้วยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม ขอส่งรายงานยาเสพติดให้โทษ ประจำเดือน.....
พ.ศ..... เพื่อรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. สรุปรายงานรับ-จ่าย	ยาเสพติดให้โทษประเภท 2	จำนวน	1	ชุด
2. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Morphine inj. 10 mg/Amp	จำนวน		ชุด
3. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Pethidine inj. 50 mg/Amp	จำนวน		ชุด
4. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Fentanyl inj. 0.1 mg/Amp	จำนวน		ชุด
5. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Cocaine powder 5 g./Amp	จำนวน		ชุด
6. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Morphine 10 mg/tab.	จำนวน		ชุด
7. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Codeine tab.	จำนวน		ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายเสกสรร กันธิยะ)

พนักงานเภสัชกรรม

(นางทิวารัตน์ อินปันแก้ว)

เภสัชกร 6

หัวหน้าหน่วยจ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์

(นางสาวสุภารัตน์ พัดมนรังสรรค์)

เภสัชกร 7

หัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน

เอกสารควบคุม ต้นฉบับ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม
ที่ ลพ 0033.220 /จย2./ วันที่
เรื่อง ส่งรายงานรับ-จ่าย วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประจำเดือน
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม)

ด้วยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม ขอส่งรายงานการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประจำเดือน.....พ.ศ. เพื่อรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. สรุปรายงานรับ-จ่าย	วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (แบบ บ.จ.10)	จำนวน 1	ชุด
2. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Flunitrazepam 2 mg (แบบ บ.จ. 9)	จำนวน	ชุด
3. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Midazolam 15.mg/tab (แบบ บ.จ. 9)	จำนวน	ชุด
4. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Midazolam 15 mg/amp (แบบ บ.จ. 9)	จำนวน	ชุด
5. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Ketalar 50 mg/10 ml (แบบ บ.จ. 9)	จำนวน	ชุด
6. สรุปรายงานรับ-จ่าย	Ephedrine HCl 30 mg/1 ml (แบบ บ.จ. 9)	จำนวน	ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายเสกสรรค์ กันธิยะ)

พนักงานเภสัชกรรม

(นางทิวารัตน์ อินปันแก้ว)

เภสัชกร 6

หัวหน้าหน่วยจ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์

(นางสาวสุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์)

เภสัชกร 7

หัวหน้างานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน

เอกสารควบคุม ต้นฉบับ

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต นางเชมรัมย์ ขุนศึกเมิงราย สถานตั้ง โรงพยาบาลลำพูน
เลขที่ใบอนุญาต 153/2538 อยู่เลขที่ 177 ตรอก/ซอย - ถนน จามเทวี หมู่ที่ 1
ตำบล ต้นธง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำพูน

แบบ บ.จ. 10

อันดับ	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ (เม็ด / amp / vial)			ผู้รับใบอนุญาต
		รับ	จ่าย	คงเหลือ	
1	Flunitrazepam 1.mg				
2	Midazolam 15 mg / tab				
3	Midazolam 15 mg / 3 ml (amp)				
4	Ephedrine Inj 30 mg/amp				
5	Ketalar 10 mg / ml-50 ml				