

คู่มือ

แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

เกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์
ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ หรือการจำหน่ายยาเสพติด
ที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์



กองควบคุมวัตถุเสพติด
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

ภาคผนวก

คู่มือ

แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์หรือการจำหน่ายยาเสพติดที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

คณะผู้จัดทำ

นายประพนธ์	อาจตระกูล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด
นางชนิษฐา	ตันติศิริรินทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
นางสาวกรพินธุ์	ณ ระนอง	เภสัชกรชำนาญการ
ร.ต.อ.(ญ)นันทิยา	บุญยะจินดา	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาววิภา	เต็งอภิชาติ	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาวบุญณดา	หิรัญเจริญ	เภสัชกรชำนาญการ
นายสุวัฒน์	สุขทัศน์	เภสัชกรปฏิบัติการ
นางสาวนภนันทิ	วงษาเกษ	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

พิมพ์ครั้งแรก

มิถุนายน 2556

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ

ISBN : 978-974-244-348-1

จัดทำโดย

กองควบคุมวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 7332

จำนวนพิมพ์

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน 15,000 เล่ม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

314-316 ถนนบำรุงเมือง ป้อมปราบ กทม. 10100

โทร. 0 2223 3351, 0 2223 5548

โทรสาร 0 2621 2910



คำนำ

กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ หรือ การจำหน่ายยาเสพติดที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเนื้อหา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการที่สถานพยาบาลจะครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด รวมถึงหน้าที่ในการปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งเดิมข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ การจัดแบ่งประเภทวัตถุเสพติด ขั้นตอน การขออนุญาต การขอซื้อวัตถุเสพติด การจัดทำรายงาน รวมถึงการทำลายวัตถุเสพติดที่หมดอายุ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ อยู่กระจัดกระจายในหลาย ๆ ที่ ทำให้ผู้รับอนุญาตไม่สะดวกในการศึกษาข้อมูล หรือนำไปใช้ในการอ้างอิง ดังนั้นกองควบคุมวัตถุเสพติด จึงได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จัดทำเป็น คู่มือเพื่อแจกจ่ายให้กับโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก รวมถึงผู้สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะได้รับประโยชน์จากคู่มือ ฯ ฉบับนี้

กองควบคุมวัตถุเสพติด
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
มิถุนายน 2556



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์คืออะไร.....	1
2. ใครสามารถจำหน่ายยาเสพติด หรือครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ได้บ้าง.....	6
3. กรณีโรงพยาบาลของรัฐ	
3.1 รายละเอียด / ขั้นตอนการขออนุญาต.....	10
3.2 กรณีใดที่ไม่ต้องขอใบอนุญาตบ้าง.....	14
3.3 ชื่อที่ไหน.....	15
3.4 ชื่ออย่างไร	
● กรณีที่ 1 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.....	16
● กรณีที่ 2 การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย.....	18
● กรณีที่ 3 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต / นำเข้า / ขาย.....	18
3.5 หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอะไร.....	19
3.6 ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอะไร.....	22
4. กรณีโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	
4.1 รายละเอียด / ขั้นตอนการขออนุญาต.....	24
4.2 กรณีใดที่ไม่ต้องขอใบอนุญาตบ้าง.....	28
4.3 ชื่อที่ไหน.....	29
4.4 ชื่ออย่างไร	
● กรณีที่ 1 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.....	30
● กรณีที่ 2 การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย.....	32
● กรณีที่ 3 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต / นำเข้า / ขาย.....	33
4.5 หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอะไร.....	34
4.6 ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอะไร.....	37
5. FAQ คำถามที่พบบ่อย.....	39
6. ภาคผนวก.....	45



เรื่อง	หน้า
1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถาบันของทางราชการตามมาตรา 17 (2) และ มาตรา 63 (3) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518	47
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพ เวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบการวิชาชีพ ทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555.....	48
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาต ให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง.....	50
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนด ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555.....	53
5. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5).....	54
6. แบบ ย.ส. 1.....	60
7. ตัวอย่างการกรอกแบบ ย.ส. 1	62
8. แบบ ย.ส. 2.....	64
9. แบบ ย.ส. 10.....	66
10. แบบ ย.ส. 11.....	67
11. แบบ ค.จ. 1.....	68
12. ตัวอย่างการกรอกแบบ ค.จ. 1	69
13. แบบ ค.จ. 2.....	70
14. แบบ ค.จ. 3.....	72
15. แบบ ค.จ. 4.....	73
16. ใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-01.....	74
17. ใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-02.....	75
18. ใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-29.....	76
19. ใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-100.....	77
20. คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 4).....	78



ภาคผนวก (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
21. คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (แบบ ข.วจ 1).....	79
22. คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine)	81
23. คำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 / ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3.....	82
24. ตัวอย่างการกรอกคำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2.....	83
25. ตัวอย่างการกรอกคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2.....	84
26. ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5)	85
27. บัญชีรับ - จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีไว้ในครอบครอง (แบบ บ.จ. 8).....	86
28. รายงานประจำเดือน (แบบ บ.จ. 9).....	87
29. รายงานประจำปี (แบบ บ.จ. 10).....	88
30. รายงานประจำเดือน (แบบ ย.ส. 6).....	89
31. รายงานประจำปี (แบบ ย.ส. 7).....	90
32. หนังสือเวียนที่ สธ. 1003.2 / ว 2369 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2555 เรื่อง การขออนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาล สังกัดหน่วยราชการอื่น.....	91
33. หนังสือเวียนที่ สธ. 1003.3 / ว 1264 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง การทำลายวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติดที่ใช้ทางการแพทย์.....	92



ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์คืออะไร

ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ เมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง

การแบ่งประเภทของยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท คือ

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรง ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางราชการตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้อนุญาต ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- 2CB (4-bromo-2,5 dimethoxyphenethylamine)
- 2CD (2,5 dimethoxy-4-ethylphenethylamine)
- 3-Methylfentanyl
- 3-Methylthiofentanyl
- 4-MTA (4-methylthioamphetamine)
- Acetorphine
- Acetyl-alpha-Methylfentanyl
- Alpha-Methylfentanyl
- Alpha-Methylthiofentanyl
- Amphetamine
- Beta-Hydroxy-3-methylfentanyl
- Beta-Hydroxyfentanyl
- BZP (Benzylpiperazine)
- Desomorphine
- Dexamphetamine
- Dihydroetorphine
- Dimethoxyamphetamine
- Dimethylamphetamine
- DOB
- DOET
- Etorphine
- Heroin
- Ketobemidone
- Levamphetamine
- Levomethamphetamine
- LSD
- MDA
- MDMA
- Mecloqualone
- Mephedrone
- Methamphetamine
- Methaqualone
- Methylenedioxypropylvalerone (MDPV)
- Methylone
- MDMA
- MPPP
- N-ethyl MDA หรือ MDE
- N-hydroxy MDA หรือ N-OH MDA
- Para-Fluorofentanyl
- PEPAP
- PMA
- STP หรือ DOM
- TFMPP (Trifluoromethylphenylpiperazine)
- Thiofentanyl
- TMA

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ผลิต นำเข้า ขายโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และจำหน่ายให้แก่ผู้มีใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เท่านั้น ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้จัดหา และมีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งการผลิตและนำเข้า ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- Acetyldihydrocodeine
- Acetylmethadol
- Alfentanil
- Allylprodine
- Alphacetylmethadol
- Alphameprodine
- Alphamethadol
- Alphaprodine
- Anilerdine
- Benzethidine
- Benzylmorphine
- Betacetylmethadol
- Betameprodine
- Betamethadol
- Betaprodine
- Bezitramide
- Clonitazene
- Coca bush
- **Cocaine ★**
- **Codeine ★**
- Codoxime
- Concentrate of Poppy Straw
- Dextromoramide
- Dextropropoxyphene
- Diampromide
- Diethylthiambutene
- Difenoxin
- Dihydrocodeine
- Dihydromorphine
- Dimenoxadol
- Dimepheptanol
- Dimethylthiambutene
- Dioxaphetylbutyrate
- Dipipanone
- Drotebanol
- Ecgonine
- Ethylmethylthiambutene
- Ethylmorphine
- Etonitazene
- Etoxeridine
- **Fentanyl ★**
- Furethidine
- Hydrocodone
- Hydromorphinol
- Hydromorphone
- Hydroxypethidine
- Isomethadone
- Levomethorphan
- Levomoramide
- Levophenacymorphan
- Levorphanol
- **Medicinal Opium ★**
- Metazocine
- **Methadone ★**
- Methadone Intermediate
- Methyldesorphine
- Methyldihydromorphine
- Metopon
- Moramide-Intermediate
- Morpheridine
- **Morphine ★**
- Morphine Methobromide
- Morphine N-Oxide
- Myrophine
- Nicocodine
- Nicodicodine
- Nicomorphine
- Noracymethadol
- Norcodeine
- Norlevorphanol
- Normethadone
- Normorphine
- Norpipanone
- Opium
- Oripavine
- Oxycodone
- Oxymorphone
- **Pethidine ★**
- Pethidine-Intermediate-A
- Pethidine-Intermediate-B
- Pethidine-Intermediate-C
- Phenadoxone
- Phenampromide
- Phenazocine
- Phenomorphan
- Phenoperidine
- Pholcodine
- Piminodine
- Piritramide
- Proheptazine
- Properidine
- Propiram
- Racemethorphan
- Racemoramide
- Racemorphan
- Remifentanil
- Sufentanil
- Thebacon
- Thebaine
- Tilidine
- Trimepridine

★ หมายถึง เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 95 (พ.ศ. 2531) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 3) ซึ่งผู้รับอนุญาตต้องมายื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนก่อน จึงจะผลิตหรือนำเข้าได้ จากนั้นจึงสามารถขายให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 มีลักษณะดังต่อไปนี้

เช่น ยาน้ำแก้ไอที่มี Codeine เป็นส่วนผสม ยาแก้ปวดที่มี Codeine เป็นส่วนผสม ยาแก้ไอที่มีฝิ่นเป็นส่วนผสม ยาแก้ท้องเสียที่มี Diphenoxylate เป็นส่วนผสม เป็นต้น

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 เป็นสารตั้งต้นที่นำไปผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษได้ แต่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ อุตสาหกรรม หรือวิทยาศาสตร์ เช่น ใช้ในอุตสาหกรรมการผลิตแป้งแปรรูป ผลิตสี ผลิตเม็ดพลาสติก ผลิตยา ใช้เป็นสารทดสอบในห้องปฏิบัติการ การมีสารประเภทนี้ไว้ใช้ประโยชน์ จะต้องได้รับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 เท่านั้น ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- 1-Phenyl-2-propanone
- 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon
- Acetic Anhydride
- Acetyl Chloride
- Alpha-Ergocryptine
- Alpha-Ergocryptinine
- Anthranilic Acid
- Beta-Ergocryptine
- Beta-Ergocryptinine
- Chlorpseudoeephedrine
- Elymoclavine
- Ergocornine
- Ergocristine
- Ergocristinine
- Ergometrine
- Ergometrinine
- Ergosine
- Ergosinine
- Ergosterol
- Ergotamine
- Ergotaminine
- Ergothioneine
- Ethylidine Diacetate
- Isosafrole
- Lysergamide
- Lysergic Acid
- N-acetylanthranilic Acid
- Phenylacetic Acid
- Piperonal
- Safrole

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 ส่วนใหญ่เป็นพืชที่ทำให้เกิดการเสพติดได้ ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- กัญชา
- พืชกระท่อม
- พืชฝิ่น
- เห็ดขี้ควาย

วัตถุออกฤทธิ์ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ หรืออารมณ์ หรือทำให้เกิดความผิดปกติของการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ที่ได้รับสารเหล่านี้

การแบ่งประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีการจัดแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 มีอันตรายร้ายแรง ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- Cathinone
- GHB
- 4-methylaminorex
- Psilocine
- DET
- Methcathinone
- Parahexyl
- Psilocybine
- DMHP
- Mescaline
- PCE
- TCP
- DMT
- Mescaline analog
- Phenazepam
- Tetrahydrocannabinol
- Etryptamine
- Mescaline derivatives
- PHP(PCPY)

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 มีอันตรายมาก แต่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ จึงต้องมีการควบคุมที่เข้มงวด ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้จัดหาและมีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งการผลิตและนำเข้า ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- **Alprazolam** ★
- Loprazolam
- Pemoline
- Amfepramone
- Lormetazepam
- Phencyclidine
- Amineptine
- Mazindol
- Phendimetrazine
- Aminorex
- Mesocarb
- Phenmetrazine
- Brotizolam
- **Methylphenidate** ★
- **Phentermine** ★
- Buprenorphine
- **Midazolam** ★
- Phenylpropanolamine
- Butophanol
- *N*-Ethylamphetamine
- Pipradol
- Cathine
- Nimetazepam
- **Pseudoephedrine** ★
- **Ephedrine** ★
- Nitrazepam
- Quazepam
- Estazolam
- Secobarbital
- Fencamfamin
- **Temazepam** ★
- Fenethyline
- **Triazolam** ★
- **Flunitrazepam** ★
- Zaleplon
- Flurazepam
- Zipeprol
- Haloxazolam
- **Zolpidem** ★
- **Ketamine** ★
- Zopiclone

★ หมายถึง เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 มีอันตรายน้อยกว่าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 และประเภท 2 และมีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้รับอนุญาตต้องมายื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนก่อน จึงจะผลิตหรือนำเข้าได้ จากนั้นจึงสามารถขายให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- **Amobarbital** ★
- Butalbital
- Cyclobarbital
- Glutethimide
- Meprobamate
- **Pentazocine** ★
- **Pentobarbital** ★

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 มีอันตรายน้อยกว่าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 และมีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้รับอนุญาตต้องมายื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนก่อน จึงจะผลิตหรือนำเข้าได้ จากนั้นจึงสามารถขายให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 มีรายชื่อดังต่อไปนี้

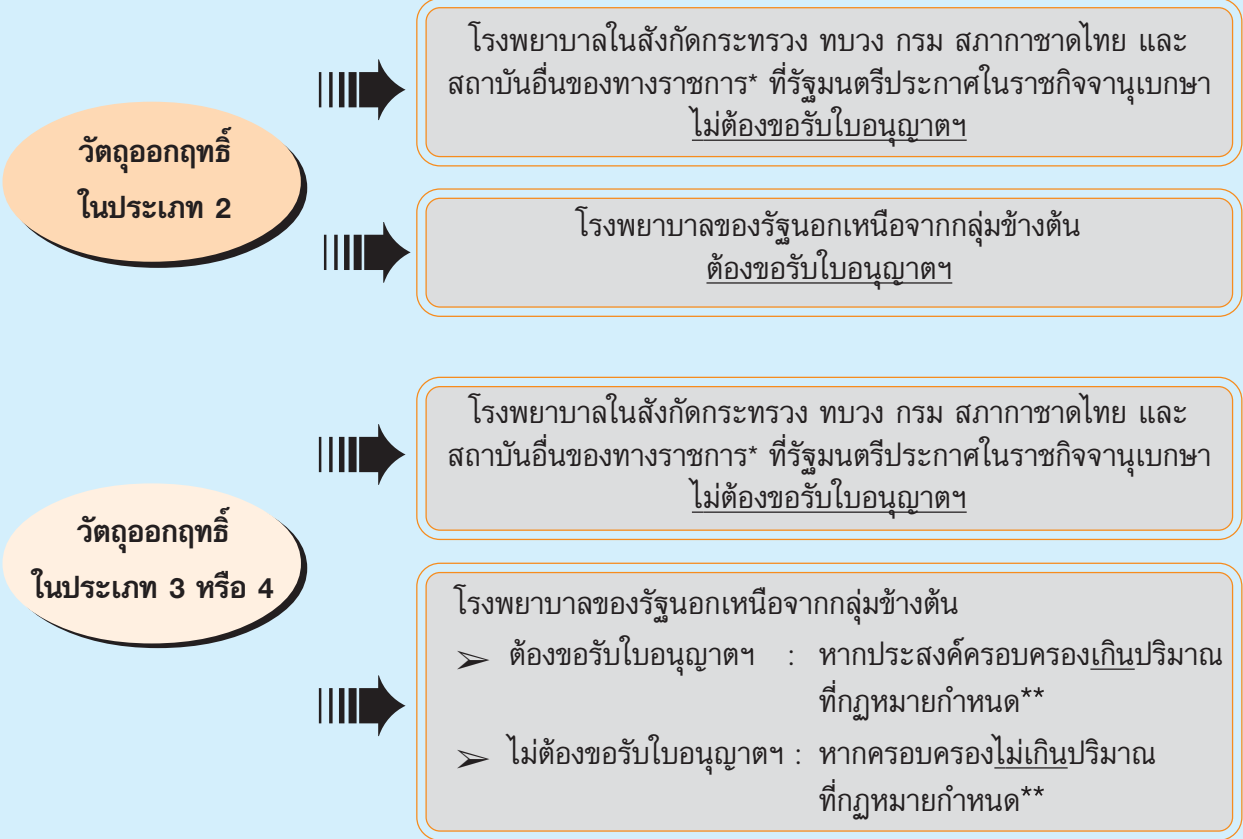
- Allobarbital
- Barbital
- Benzphetamine
- **Bromazepam** ★
- Butobarbital
- Camazepam
- Chloral hydrate and its adducts
- **Chlordiazepoxide** ★
- Chlorphentermine
- **Clobazam** ★
- **Clonazepam** ★
- **Clorazepate** ★
ซึ่งได้แก่เกลือโมโนไฮโดรคลอไรด์ หรือไดไฮโดรคลอไรด์ของกรดคลอราซีปีค (Clorazepic acid)
- Clortermine
- Clotiazepam
- Cloxazolam
- Delorazepam
- **Diazepam** ★
- Ethchlorvynol
- Ethinamate
- Ethyl loflazepate
- Fenproporex
- Fludiazepam
- Halazepam
- Inorganic bromide (ยกเว้น Lithium bromide ที่ใช้ในอุตสาหกรรมเครื่องทำความเย็น และ Potassium bromide Technical grade กับ Sodium bromide technical grade ที่ใช้ในอุตสาหกรรมล้างรูป)
- Ketazolam
- **Lorazepam** ★
- **Medazepam** ★
- Mefenorex
- Methylphenobarbital
- Methyprylon
- Nordazepam
- Oxazepam
- Oxazolam
- Perlapine
- **Phenobarbital** ★
- **Pinazepam** ★
- **Prazepam** ★
- Propylhexedrine
- Pyrovalerone
- Secbutabarbital
- SPA
- Tetrazepam
- **Tofisopam** ★
- Vinylbital

★ หมายถึง เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 ที่มีการขึ้นทะเบียนและจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน

📄 โครสนามารถจำหน่ายยาเสพติด หรือ ครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ได้บ้าง

❑ กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

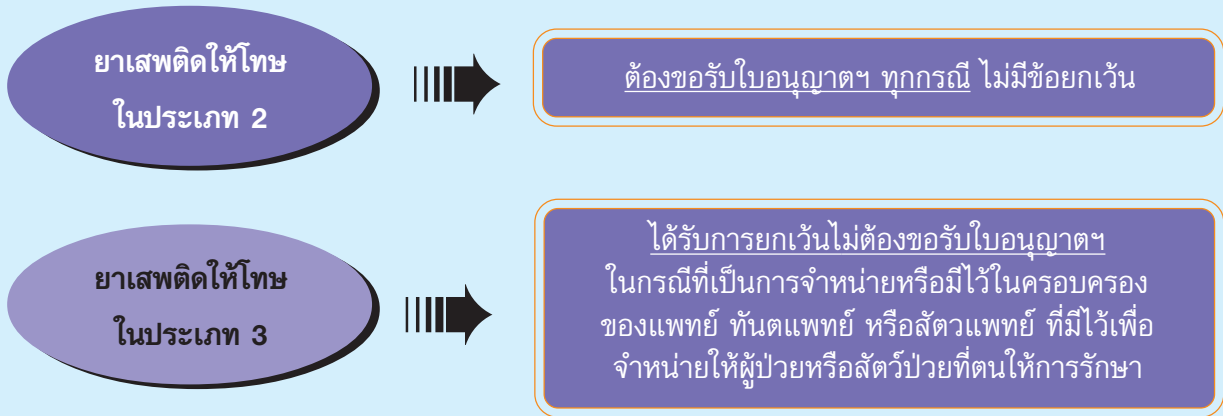


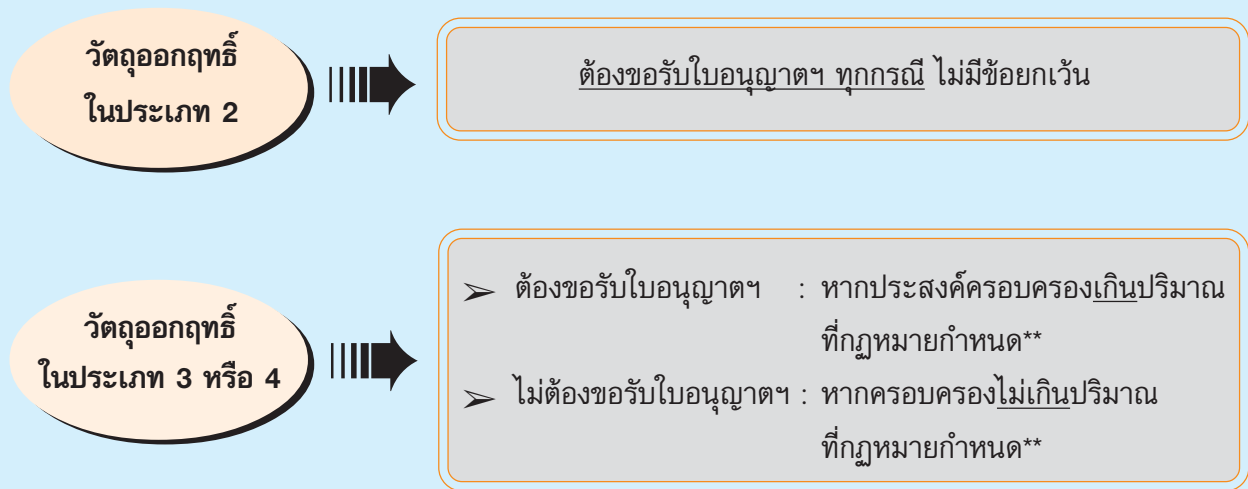


* สถาบันอื่นของทางราชการ ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานครเฉพาะสำนักการแพทย์และสำนักอนามัย และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบ การบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 19 ธันวาคม 2555

❑ กรณีโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก





** ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 19 ธันวาคม 2555



กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

3. กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

- 3.1 รายละเอียด / ขั้นตอนการขออนุญาต
- 3.2 กรณีใดที่ไม่ต้องขออนุญาตบ้าง
- 3.3 ชื่อที่โทร
- 3.4 ชื่ออย่างไร

- **กรณีที่ 1** การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- **กรณีที่ 2** การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย
- **กรณีที่ 3** การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต/นำเข้า/ขาย

- 3.5 หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอะไร
- 3.6 ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอะไร





รายละเอียด/ขั้นตอนการขออนุญาต

❑ กรณียาเสพติด

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3
คุณสมบัติของผู้ขอ	เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย	ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ในกรณีที่เป็นกรจำหน่ายหรือมีไว้ใน ครอบครองเพื่อจำหน่ายของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์ ที่มีไว้เพื่อ จำหน่ายให้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การ รักษา
ชื่อใบอนุญาตที่ต้องขอ	ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 หมวด ก. (แบบ ย.ส. 2)	-
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบอนุญาตฯ	แบบ ย.ส. 1	-
เอกสารที่ต้องยื่น ประกอบคำขอฯ	รายละเอียดตามใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-01	-
ค่าธรรมเนียม	ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม	-
สถานที่ยื่นคำขอ	กรุงเทพมหานคร : ยื่นที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2590 7345 0 2590 7762 0 2590 7792 โทรสาร. 0 2590 7762	-
	ปริมณฑลและส่วนภูมิภาค : ยื่นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่	-
ระยะเวลาดำเนินการ	3 วันทำการ (เฉพาะการยื่นคำขอที่ อย.)	-
อายุของใบอนุญาตฯ	ใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีทีออก ใบอนุญาต	-
ชื่อแบบฟอร์มคำขอ ต่ออายุใบอนุญาตฯ	แบบ ย.ส. 10 และได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม	-

กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบแทนใบอนุญาตฯ (กรณีสูญหายหรือ ถูกทำลายในสาระสำคัญ)	แบบ ย.ส. 11 และได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม	-
ช่องทางการขอรับ แบบฟอร์ม	1. ติดต่อโดยตรงที่กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ผ่าน website ของ กองควบคุมวัตถุเสพติด http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome เลือกเมนู “การขออนุญาต/ทะเบียน” ↓ “ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม/ และตัวอย่างคำขอสำเร็จรูป” ↓ “แบบฟอร์มกองควบคุมวัตถุเสพติด”	-
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต (มาตรา 17) - การจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 2 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุก 1-10 ปี หรือปรับ ตั้งแต่ 20,000 - 200,000 บาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ (มาตรา 69)	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - การจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อ จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบ วิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการ สัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง จำหน่ายหรือมีไว้ใน ครอบครองเพื่อจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือ สัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษารับ ได้รับการ ยกเว้น ไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ (มาตรา 20 วรรคสอง)

❑ กรณีวัตถุออกฤทธิ์

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	กรณีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4	
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
คุณสมบัติของผู้ขอ	เป็นโรงพยาบาล ในสังกัด กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย และสถาบันอื่นของทางราชการที่ รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา * สถาบันอื่นของทางราชการ ได้แก่ - จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - มหาวิทยาลัยมหิดล - กรุงเทพมหานครเฉพาะสำนักงานแพทย์ และสำนักอนามัย - โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)	เป็นโรงพยาบาล ที่มีได้สังกัด กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย และสถาบันอื่นของทางราชการที่ รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา
ชื่อใบอนุญาตที่ต้องขอ	ได้รับยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ	ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือ ใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบ ค.จ. 2)
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบอนุญาตฯ	-	แบบ ค.จ. 1
เอกสารที่ต้องยื่น ประกอบคำขอฯ	-	รายละเอียดตามใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-100
ค่าธรรมเนียม	-	100 บาท
สถานที่ยื่นคำขอ	-	กรุงเทพมหานคร : ยื่นที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2590 7345 0 2590 7762 0 2590 7792 โทรสาร. 0 2590 7762 ปริมณฑลและส่วนภูมิภาค : ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่
ระยะเวลาดำเนินการ	-	3 วันทำการ (เฉพาะการยื่นคำขอที่ อย.)

กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	กรณีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4	
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
อายุของใบอนุญาตฯ	-	ใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ยื่น ใบอนุญาต
ชื่อแบบฟอร์มคำขอ ต่ออายุใบอนุญาตฯ	-	แบบ ค.จ. 3 ค่าธรรมเนียม 100 บาท
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบแทนใบอนุญาตฯ (กรณีสูญหายหรือ ถูกทำลายในสาระสำคัญ)	-	แบบ ค.จ. 4 ค่าธรรมเนียม 50 บาท
ช่องทางการขอรับ แบบฟอร์ม	-	1. ติดต่อโดยตรงที่กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ผ่าน website ของกองควบคุมวัตถุเสพติด http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome เลือกเมนู “การขออนุญาต/ทะเบียน” ↓ “ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม/ และตัวอย่างคำขอสำเร็จรูป” ↓ “แบบฟอร์มกองควบคุมวัตถุเสพติด”
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	<p>พรบ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามมิให้ผู้ใดนอกจากกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ใดๆ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต (มาตรา 62) - การมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ตามที่ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ของกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม หรือสถาบันอื่นของทางราชการที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ได้รับการยกเว้น ไม่ต้องขอรับใบอนุญาต (มาตรา 62(3)) - การมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุก 1-5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 - 200,000 บาท ส่วนการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 106) 	



กรณีใดที่ไม่ต้องขอใบอนุญาตบ้าง

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ในกรณีที่เป็นกรจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์ ที่มีไว้เพื่อจำหน่ายให้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษา
วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2	หากเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย และสถาบันอื่นของทางราชการที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ได้รับการยกเว้น ไม่ต้องขอใบอนุญาตฯ แต่หากเป็นโรงพยาบาลของรัฐนอกเหนือจากกลุ่มข้างต้น ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ทุกกรณี
วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4	หากเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย และสถาบันอื่นของทางราชการที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ได้รับการยกเว้น ไม่ต้องขอใบอนุญาตฯ แต่หากเป็นโรงพยาบาลของรัฐนอกเหนือจากกลุ่มข้างต้น ให้พิจารณาจากปริมาณการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> หากมีปริมาณไม่เกินจากที่กำหนดใน “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555” ไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ หากมีปริมาณเกินจากที่กำหนดใน “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555” ต้องขอรับใบอนุญาตฯ <p>ยกตัวอย่างเช่น กรณี Diazepam หากมีปริมาณรวมทุกรูปแบบและทุกขนาดความแรง แล้วไม่เกิน 10 กรัม ก็ไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ แต่หากมีเกิน 10 กรัม และไม่มีใบอนุญาตฯ ถือเป็นการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย มีโทษคือ จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 106 วรรคสอง)</p>



ข้อโต้แย้ง

กรณีที่ 1

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
กลุ่มยาแก้ปวดชนิดรุนแรง เช่น Morphine ทั้งรูปแบบเม็ด แคปซูล ไซริบ หรือฉีด Fentanyl ทั้งในรูปแบบแผ่นแปะและฉีด Pethidine ชนิดฉีด
กลุ่มยารักษาผู้ติดยาเสพติด เช่น Methadone ชนิดน้ำ ฯลฯ

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
กลุ่มยาลดความอยากอาหาร เช่น Phentermine
กลุ่มยานอนหลับ เช่น Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Flurazepam
กลุ่มยาสลบ ได้แก่ Ketamine
กลุ่มยารักษาสมาธิสั้น เช่น Methylphenidate ฯลฯ



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สั่งซื้อได้จาก

กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
โทร. 0 2590 7732, 0 2590 7736
0 2590 7739, 0 2590 7781
โทรสาร. 0 2590 7731

กรณีที่ 2

Pseudoephedrine
สูตรเดี่ยว และสูตรผสม
ซึ่งจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

สั่งซื้อได้จาก

ผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก
กระทรวงสาธารณสุขให้ขาย

กรณีที่ 3

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4

สั่งซื้อได้จาก

ผู้ที่ได้รับอนุญาต
ให้ผลิต/นำเข้า/ขาย



ตัวอย่าง

กรณีที่ 1 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ขั้นตอน	เอกสาร / หลักฐาน / การดำเนินการ	
	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
การขอซื้อ	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือนำแจ้งความประสงค์ที่จะขอซื้อจากหน่วยงาน คำขอซื้อตามแบบ ย.ส. 4 สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับอนุญาต ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล <p>* หลักฐานประกอบคำขอซื้อให้ส่งครั้งแรกของต้นปี และหากมีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง เช่น เปลี่ยนแปลงชื่อผู้ดำเนินการให้จัดส่งอีกครั้ง</p>	<ol style="list-style-type: none"> หนังสือนำแจ้งความประสงค์ที่จะขอซื้อจากหน่วยงาน คำขอซื้อตามแบบ ข.วจ 1 สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับอนุญาต ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล <p>กรณียาลดความอยากอาหาร - ต้องจัดทำรายงานแบบ บ.จ. 8 เสนอ อย. โดยให้สรุปจำนวนผู้ป่วยและอัตราเฉลี่ยการจ่ายยาต่อคนพร้อมรายงานรายเดือน</p> <p>กรณี Midazolam ชนิดเม็ด - ต้องจัดทำรายงานแบบรายงานการจ่าย Midazolam ชนิดเม็ด ตามแบบ บ.จ. 8 เสนอ อย. โดยให้สรุปจำนวนผู้ป่วยและอัตราเฉลี่ยการจ่ายยาต่อคนพร้อมรายงานรายเดือน</p>
การสั่งซื้อใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ย.ส. 5)	<p>ใช้หนังสือแจ้งความประสงค์ในการขอซื้อ โดยไม่ต้องมีแบบฟอร์มคำขอซื้อและไม่ต้องแนบหลักฐานอื่นใด</p> <p>* สถานพยาบาลสามารถจัดทำเองได้ตามรูปแบบที่กำหนด</p>	-

ขั้นตอน (ต่อ)	เอกสาร / หลักฐาน / การดำเนินการ	
	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
การขอจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8(5) (แบบ ก.ย.ส. 2-1) ขอฉบับละไม่เกิน 2 เท่าของจำนวนที่รัฐมนตรีประกาศ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 197 พ.ศ. 2549) ส่งรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ (แบบ ก.ย.ส. 2-1 (แบบ จ.)) ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ 	-
การมอบอำนาจให้ผู้มารับวัตถุเสพติดแทน	<ol style="list-style-type: none"> ใบมอบอำนาจ ใช้หนังสือราชการและมีข้อความที่ระบุถึงชนิดของยา ขนาดความแรงของยา และปริมาณของยา ที่ผู้มอบอำนาจประสงค์จะมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจมารับยาแทน ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้มีการแอบอ้างมารับยา แสดงบัตรประจำตัวผู้มารับยาทุกครั้ง 	
การชำระเงิน	ชำระตามใบแจ้งหนี้ <ol style="list-style-type: none"> ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยติดต่อฝ่ายการคลัง สำนักเลขานุการกรม และจ่ายเงินที่ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข ใช้ระบบบริการชำระเงินค่าธรรมเนียมธนาคาร (Teller Payment) โดยโอนผ่านธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข บัญชีกระแสรายวัน ชื่อบัญชี "เงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด" ค่าธรรมเนียม 30 บาท ไม่ต้องโทรสารแจ้ง อย. เนื่องจากเป็นระบบที่ อย. รับข้อมูลจากธนาคารโดยตรงเป็นข้อมูล Online real time ทั้งนี้ต้องแจ้งข้อมูลเลขที่ใบแจ้งหนี้ชื่อสถานพยาบาล และจังหวัดด้วย 	
การมารับวัตถุเสพติด	<p>กรณีมารับวัตถุเสพติด ณ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด อย. ให้ผู้มารับวัตถุเสพติด นำบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองมาแสดง และตรวจสอบวัตถุเสพติดที่ได้รับให้ถูกต้องครบถ้วนทั้งชนิด ความแรง และจำนวน</p> <p>กรณีให้ อย. ส่งวัตถุเสพติดให้ทางไปรษณีย์ อย. จะส่งวัตถุเสพติด พร้อมใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จรับเงิน ไปยังสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต กรณีนี้ให้หน่วยงานราชการ เก็บใบแจ้งหนี้ต้นฉบับ (สีขาว) ไว้เพื่อทำเรื่องเบิกจ่าย และชำระเงิน และส่งสำเนาสิทธิขมพู่ ลงลายมือชื่อผู้รับวัตถุเสพติด ส่งคืนให้ อย.</p>	

กรณีที่ 2 การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย

ขั้นตอน	ยา Pseudoephedrine สูตรเดี่ยว	ยา Pseudoephedrine สูตรผสม
สถานที่สั่งซื้อ	สั่งซื้อจากผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ 1. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี.เจ. (เบญจโอสถ) 2. ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงงานมิลาโน 3. บริษัท เอเชียน ฟาร์มาซูติคัล จำกัด 4. บริษัท เมดิซีน โปรดักส์ จำกัด	สั่งซื้อจากผู้รับอนุญาตผลิต/นำเข้า และ ผู้แทนจำหน่ายที่เคยได้รับอนุญาตในขณะที่ยาดังกล่าวยังจัดเป็นยาแผนปัจจุบัน (ก่อนปี พ.ศ. 2555) และเป็นผู้ได้รับมอบหมายจาก กระทรวงสาธารณสุขให้ขาย
เอกสาร / หลักฐาน	1. คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่ง ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง	
เพดานการซื้อ	- กรณียาเม็ด / แคปซูล ไม่เกิน 10,000 เม็ด / เดือน - กรณียาน้ำ ไม่เกิน 300 ขวด / เดือน *** หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มี Pseudoephedrine เป็นส่วนประกอบในปริมาณที่ มากกว่าเพดานที่กำหนด สามารถยื่นเรื่องขอเพิ่มเพดานการสั่งซื้อ โดยส่งแผนการจัดซื้อ และอัตราการใช้ 3 ปีย้อนหลังมายัง กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อพิจารณาเพิ่มเพดานการสั่งซื้อตามความจำเป็นของการใช้ใน สถานพยาบาลต่อไป ***	

กรณีที่ 3 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต/นำเข้า/ขาย

ขั้นตอน	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4
สถานที่สั่งซื้อ	ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต/นำเข้า/ขาย	ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต/นำเข้า/ขาย
เอกสาร / หลักฐาน	1. คำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 / ยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 3 ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่ง ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง	1. คำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 / ยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 3 ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่งลงนาม โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง



หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอะไร

❑ กรณียาเสพติด

ขั้นตอน	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3
การจัดทำรายงานและบัญชี	<p>1. จัดทำรายงานประจำเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ ย.ส. 6 แสดงชื่อยา แสดงเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ชื่อและที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ ตลอดจน วันเดือนปีที่มีการรับ-จ่าย โดยลงข้อมูลเป็นรายเดือนเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนนั้นๆ - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นเดือน พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 5 ปีนับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย <p>2. จัดทำรายงานประจำปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ ย.ส. 7 แสดงชื่อยา และปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ รายงานเป็นรายปี เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 5 ปีนับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 	ไม่ต้องจัดทำรายงานประจำเดือน และรายงานประจำปี

ขั้นตอน (ต่อ)	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3
การเก็บรักษา	ต้องจัดให้มีการเก็บรักษาเป็นสัดส่วนในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรง มีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญหาย หรือมีการนำเอาไปใช้โดยมิชอบ และจะต้องเก็บรักษาไว้ ณ สถานพยาบาลแต่ละแห่ง หากสถานพยาบาลใดมีหลายสาขา การเก็บจะต้องเก็บให้ตรงตามสถานที่ที่มีการซื้อเพื่อใช้แต่ละแห่งเท่านั้น และพร้อมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ชนิดและจำนวนคงคลังได้ตลอดเวลาที่เปิดดำเนินการด้วย	ต้องจัดให้มีการแยกเก็บเป็นสัดส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น
การขายหรือการใช้ประโยชน์	สามารถขายให้ได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษานั้น ซึ่งไม่รวมถึงการขายให้แก่บุคคลทั่วไป เช่น การวางขายโดยทั่วไป การขายโดยให้มีการสั่งซื้อทางไปรษณีย์หรือทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการขายที่มีได้อยู่ในความควบคุมของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์	
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - กำหนดให้มีการจัดทำบัญชีรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือนและรายปี โดยบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้ และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่เปิดทำการ ทั้งนี้ภายใน 5 ปี นับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี (มาตรา 62 วรรคหนึ่ง) - ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 62 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท (มาตรา 96)	

❑ กรณีวัตถุออกฤทธิ์

ขั้นตอน	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 และประเภท 4
การจัดทำรายงานและบัญชี	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 8 แสดงชื่อยา แสดงเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ชื่อ อายุ และที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ ตลอดจนวันเดือนปีที่มีการรับ-จ่าย โดยลงข้อมูลทุกครั้งที่มีการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ - จัดเก็บไว้ที่สถานพยาบาล พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 2. จัดทำรายงานประจำเดือน <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 9 แสดงชื่อยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ เป็นรายเดือน - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วัน นับจากวันสิ้นเดือน พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 3. จัดทำรายงานประจำปี <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 10 แสดงชื่อยา และปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ รายงานเป็นรายปี เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย
การเก็บรักษา	ต้องจัดให้มีการป้องกันตามสมควรเพื่อมิให้วัตถุออกฤทธิ์สูญหาย หรือมีการนำเอาวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้โดยมิชอบ
การขายหรือการใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์	สามารถขายให้ได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษาเท่านั้น ซึ่งไม่รวมถึงการขายให้แก่บุคคลทั่วไป เช่น การวางขายโดยทั่วไป การขายโดยให้มีการสั่งซื้อทางไปรษณีย์หรือทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการขายที่มีได้ อยู่ในความควบคุมของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	<p>พรบ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้มีการทำบัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือนและรายปี โดยบัญชีดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะเปิดดำเนินการ ทั้งนี้อย่างน้อยภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี (มาตรา 87 วรรคหนึ่ง) - ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 87 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 113)



ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอย่างไร

กรณียาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ ที่มีในครอบครองหมดอายุ เสื่อมคุณภาพ หรือไม่ประสงค์จะมีไว้ในครอบครองต่อไป ขั้นตอนการทำลายให้ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม หมวด 3 การควบคุมและการจำหน่ายพัสดุ ข้อ 157 ดังนี้

- (1) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อควบคุมการทำลาย อย่างน้อย 3 คน
- (2) ถ่ายรูปยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ก่อนการทำลาย
- (3) ทำลายยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์โดยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ละลายน้ำให้เสียสภาพ (สำหรับยาเม็ดหรือแคปซูล) ทุบหรือบด (สำหรับยาฉีด) เผาทำลายด้วยความร้อนสูง
- (4) ถ่ายรูปขณะทำลาย และหลังทำลายแล้ว
- (5) รายงานการทำลายพร้อมรูปถ่ายไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- (6) บันทึกข้อมูลในรายงานและบัญชีรับ - จ่าย ตามแบบ บ.จ. 8 บ.จ. 9 บ.จ. 10 หรือ ย.ส. 6 ย.ส. 7



กรณีโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก

4. กรณีโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก

4.1 รายละเอียด / ขั้นตอนการขออนุญาต

4.2 กรณีใดที่ไม่ต้องขออนุญาตบ้าง

4.3 ชื่อที่ไทย

4.4 ชื่ออย่างไร

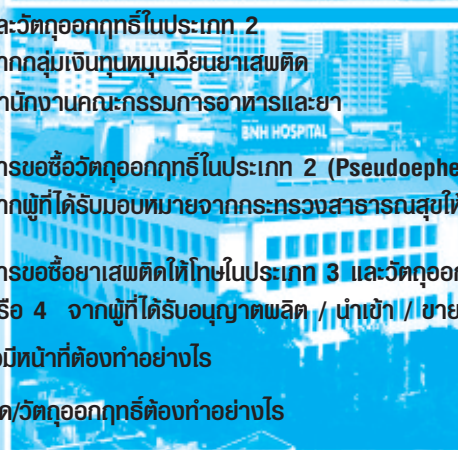
● **กรณีที่ 1** การขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

● **กรณีที่ 2** การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย

● **กรณีที่ 3** การขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต / นำเข้า / ขาย

4.5 หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอย่างไร

4.6 ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอย่างไร





รายละเอียด/ขั้นตอนการขออนุญาต

☐ กรณียาเสพติด

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3
คุณสมบัติของผู้ขอ	<p>ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง และ</p> <p>(ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย</p> <p>(ข) ไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า กระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วย ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท สารระเหย ยา และ กฎหมายว่าด้วยมาตรการในการ ปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับ ยาเสพติด</p> <p>(ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอน ใบอนุญาตการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ หรือใบอนุญาตตาม พรบ. ยาเสพติดฯ</p> <p>(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ</p> <p>(จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือ คนเสมือนไร้ความสามารถ</p>	<p>ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ในกรณีที่เป็นกรจำหน่ายหรือมีไว้ใน ครอบครองเพื่อจำหน่ายของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์ ที่มีไว้เพื่อ จำหน่ายให้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การ รักษา</p>
ชื่อใบอนุญาตที่ต้องขอ	ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 หมวด ค. (แบบ ย.ส. 2)	-
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบอนุญาตฯ	แบบ ย.ส. 1	-
เอกสารที่ต้องยื่น ประกอบคำขอฯ	รายละเอียดตามใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-02	-
ค่าธรรมเนียม	1,000 บาท	-

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3
สถานที่ยื่นคำขอ	กรุงเทพมหานคร รวมทั้งปริมณฑลและ ส่วนภูมิภาค : ยื่นที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2590 7345 0 2590 7762 0 2590 7792 โทรสาร. 0 2590 7762	-
ระยะเวลาดำเนินการ	3 วันทำการ (เฉพาะการยื่นคำขอที่ อย.)	-
อายุของใบอนุญาตฯ	ใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ยื่น ใบอนุญาต	-
ชื่อแบบฟอร์มคำขอ ต่ออายุใบอนุญาตฯ	แบบ ย.ส. 10 ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท	-
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับ ใบแทนใบอนุญาตฯ (กรณีสูญหายหรือ ถูกทำลายในสาระสำคัญ)	แบบ ย.ส. 11 ค่าธรรมเนียม 100 บาท	-
ช่องทางการขอรับ แบบฟอร์ม	1. ติดต่อโดยตรงที่กองควบคุมวัตถุเสพติด 2. ผ่าน website ของ กองควบคุมวัตถุเสพติด http://narcotic.fda.moph.go.th/ welcome เลือกเมนู “การขออนุญาต/ทะเบียน” ↓ “ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม/ และตัวอย่างคำขอสำเร็จรูป” ↓ “แบบฟอร์มกองควบคุมวัตถุเสพติด”	-

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2	กรณียาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต (มาตรา 17) - การจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุก 1-10 ปี หรือปรับ ตั้งแต่ 20,000 - 200,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 69)	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - การจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย ซึ่งตนให้การรักษา ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ (มาตรา 20 วรรคสอง)

❑ กรณีวัตถุออกฤทธิ์

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	กรณีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 และประเภท 4
คุณสมบัติของผู้ขอ	ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง
ชื่อใบอนุญาตที่ต้องขอ	ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบ ค.จ. 2)
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับใบอนุญาตฯ	แบบ ค.จ. 1
เอกสารที่ต้องยื่นประกอบคำขอฯ	รายละเอียดตามใบตรวจรับเอกสารฯ F-N2-29
ค่าธรรมเนียม	100 บาท
สถานที่ยื่นคำขอ	กรุงเทพมหานคร : ยื่นที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2590 7345 , 0 2590 7762 , 0 2590 7792 โทรสาร. 0 2590 7762 ปริมณฑลและส่วนภูมิภาค : ยื่นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่
ระยะเวลาดำเนินการ	3 วันทำการ (เฉพาะการยื่นคำขอที่ อย.)
อายุของใบอนุญาตฯ	ใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ยื่นขอใบอนุญาต
ชื่อแบบฟอร์มคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ	แบบ ค.จ. 3 ค่าธรรมเนียม 100 บาท

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	กรณีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 และประเภท 4
ชื่อแบบฟอร์มคำขอรับใบแทนใบอนุญาตฯ (กรณีสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ)	แบบ ค.จ. 4 ค่าธรรมเนียม 50 บาท
ช่องทางการขอรับแบบฟอร์ม	1. ติดต่อโดยตรงที่กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ผ่าน website ของกองควบคุมวัตถุเสพติด http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome เลือกเมนู”การขออนุญาต/ทะเบียน” ↓ “ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม/และตัวอย่างคำขอสำเร็จรูป” ↓ “แบบฟอร์ม กองควบคุมวัตถุเสพติด”
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	พรบ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 - ห้ามมิให้ผู้ใดนอกจากกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ใดๆ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต (มาตรา 62) - การมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุก 1-5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 - 200,000 บาท ส่วนการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 โดยไม่ได้รับใบอนุญาต มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 106)



กรณีใดที่ไม่ต้องขอใบอนุญาตบ้าง

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ในกรณีที่เป็นการทำนายหรือมีไว้ในครอบครองของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์ ที่มีไว้เพื่อจำหน่ายให้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษา
วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2	ต้องขอรับใบอนุญาตฯ ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น
วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4	<p>ให้พิจารณาจากปริมาณการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หากมีปริมาณไม่เกินจากที่กำหนดใน “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555” <u>ไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ</u> 2. หากมีปริมาณเกินจากที่กำหนดใน “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555” <u>ต้องขอรับใบอนุญาตฯ</u> <p>ยกตัวอย่างเช่น กรณี Diazepam หากมีปริมาณรวมทุกรูปแบบและทุกขนาดความแรง แล้วไม่เกิน 10 กรัม ก็ไม่ต้องขอรับใบอนุญาตฯ แต่หากมีเกิน 10 กรัม และไม่มีใบอนุญาตฯ ถือเป็นกรณีก่อทำผิดกฎหมาย มีโทษคือ จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 106 วรรคสอง)</p>



ข้อใต้ที่ไทย

กรณีที่ 1

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

กลุ่มยาแก้ปวดชนิดรุนแรง เช่น Morphine ทั้งรูปแบบเม็ด แคปซูล ไซริบ หรือฉีด Fentanyl ทั้งในรูปแบบแผ่นแปะและฉีด Pethidine ชนิดฉีด
กลุ่มยารักษาผู้ติดยาเสพติด เช่น Methadone ชนิดน้ำ ฯลฯ

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

กลุ่มยาลดความอยากอาหาร เช่น Phentermine
กลุ่มยานอนหลับ เช่น Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Flurazepam
กลุ่มยาสลบ ได้แก่ Ketamine
กลุ่มยารักษาสมาธิสั้น เช่น Methylphenidate ฯลฯ



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สั่งซื้อได้จาก

กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
โทร. 0 2590 7732, 0 2590 7736
0 2590 7739, 0 2590 7781
โทรสาร. 0 2590 7731

กรณีที่ 2

Pseudoephedrine

สูตรเดี่ยว และสูตรผสม
ซึ่งจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

สั่งซื้อได้จาก

ผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก
กระทรวงสาธารณสุขให้ขาย

กรณีที่ 3

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4

สั่งซื้อได้จาก

ผู้ที่ได้รับอนุญาต
ให้ผลิต/นำเข้า/ขาย



ข้ออย่างไร

กรณีที่ 1 การขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ขั้นตอน	เอกสาร / หลักฐาน / การดำเนินการ	
	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
การขอซื้อ	<ol style="list-style-type: none"> คำขอซื้อตามแบบ ย.ส. 4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับอนุญาต ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> คำขอซื้อตามแบบ ข.วจ 1 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับอนุญาต ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล <p>กรณียาลดความอยากอาหาร - ต้องจัดทำรายงานแบบ บ.จ. 8 เสนอ อย. โดยให้สรุปจำนวนผู้ป่วยและอัตราเฉลี่ยการจ่ายยาต่อคนพร้อมรายงานรายเดือน</p> <p>** ขอซื้อได้ไม่เกิน 5,000 เม็ด/เดือน **</p> <p>กรณี Midazolam ชนิดเม็ด - ต้องจัดทำรายงานแบบรายงานการจ่าย Midazolam ชนิดเม็ด ตามแบบ บ.จ. 8 เสนอ อย. โดยให้สรุปจำนวนผู้ป่วยและอัตราเฉลี่ยการจ่ายยาต่อคนพร้อมรายงานรายเดือน</p> <p>** ขอซื้อได้ไม่เกิน 3,000 เม็ด/เดือน **</p>
การส่งชื่อใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ย.ส. 5)	<p>ใช้หนังสือแจ้งความประสงค์ในการขอซื้อ โดยไม่ต้องมีแบบฟอร์มคำขอซื้อและไม่ต้องแนบหลักฐานอื่นใด</p> <p>* สถานพยาบาลสามารถจัดทำเองได้ตามรูปแบบที่กำหนด</p>	-

ขั้นตอน (ต่อ)	เอกสาร / หลักฐาน / การดำเนินการ	
	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
การขอจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด	<ol style="list-style-type: none"> คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8(5) (แบบ ก.ย.ส. 2-1) ขอฉบับละไม่เกิน 2 เท่าของจำนวนที่รัฐมนตรีประกาศ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 197 พ.ศ. 2549) ส่งรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ (แบบ ก.ย.ส. 2-1 (แนบ จ.)) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ ฉบับละ 200 บาท 	-
การมอบอำนาจให้ผู้มารับวัตถุเสพติดแทน	<ol style="list-style-type: none"> ใบมอบอำนาจ ให้ลงลายมือชื่อผู้มอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจ และพยานให้ครบติดอากรแสตมป์ 10 บาท/ครั้ง หรือ 30 บาท/ครั้ง โดยมีข้อความที่ระบุถึงชนิดของยา ขนาดความแรงของยา และปริมาณของยา ที่ผู้มอบอำนาจประสงค์จะมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจ มารับยาแทน ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้มีการแอบอ้างมารับยา แสดงบัตรประจำตัวผู้มารับยาทุกครั้ง 	
การชำระเงิน	<p>กรณีมารับวัตถุเสพติด ณ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ออย. นำไปรษณีย์บัตรมารับใบสั่งชำระค่าวัตถุเสพติดจากกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ออย. กรณีให้ ออย. ส่งวัตถุเสพติดให้ทางไปรษณีย์</p> <p>ระบบบริการชำระค่าธรรมเนียมธนาคาร (Teller Payment) โอนผ่านธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข บัญชีกระแสรายวัน ชื่อบัญชี “เงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด” ค่าธรรมเนียม 30 บาท โดยระบุข้อมูลเลขที่คำขอซื้อ ชื่อสถานพยาบาล จังหวัด ในการโอน แต่ไม่ต้องโทรสารแจ้ง ออย. เนื่องจากเป็นระบบที่ ออย. ได้รับข้อมูลจากธนาคารโดยตรง เป็นข้อมูล Online real time</p>	
การมารับวัตถุเสพติด	<p>กรณีมารับวัตถุเสพติด ณ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ออย. ให้ผู้มารับวัตถุเสพติด นำบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองมาแสดง และตรวจสอบวัตถุเสพติดที่ได้รับให้ถูกต้องครบถ้วนทั้งชนิด ความแรง และจำนวน</p> <p>กรณีให้ ออย. ส่งวัตถุเสพติดให้ทางไปรษณีย์ ออย. จะส่งวัตถุเสพติดไปยังสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต</p>	

กรณีที่ 2 การขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) จากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย

ขั้นตอน	ยา Pseudoephedrine สูตรเดี่ยว	ยา Pseudoephedrine สูตรผสม
สถานที่สั่งซื้อ	สั่งซื้อจากผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ 1. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี.เจ. (เบญจโฮสเทล) 2. ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงงานมิลาโน 3. บริษัท เอเชียน ฟาร์มาซูติคัล จำกัด 4. บริษัท เมดิซีน โปรดักส์ จำกัด	สั่งซื้อจากผู้รับอนุญาตผลิต/นำเข้า และ ผู้แทนจำหน่าย ที่เคยได้รับอนุญาตในขณะที่ ยาดังกล่าวยังจัดเป็นยาแผนปัจจุบัน (ก่อนปี พ.ศ. 2555) และเป็นผู้ได้รับ มอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขาย
เอกสาร / หลักฐาน	1. คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine) ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้รับอนุญาต 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง 3. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล 4. สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์	
เพดานการซื้อ	เพดานการซื้อของโรงพยาบาล - กรณียาเม็ด / แคปซูล ไม่เกิน 10,000 เม็ด / เดือน - กรณียาน้ำ ไม่เกิน 300 ขวด / เดือน เพดานการซื้อของคลินิก - กรณียาเม็ด / แคปซูล ไม่เกิน 5,000 เม็ด / เดือน - กรณียาน้ำ ไม่เกิน 150 ขวด / เดือน *** หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มี Pseudoephedrine เป็นส่วนประกอบในปริมาณ ที่มากกว่าเพดานที่กำหนด สามารถยื่นเรื่องขอเพิ่มเพดานการสั่งซื้อ โดยส่งแผนการจัดซื้อ และอัตราการใช้ 3 ปีย้อนหลังมายัง กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา เพื่อพิจารณาเพิ่มเพดานการสั่งซื้อตามความจำเป็นของการใช้ใน สถานพยาบาลต่อไป ***	

กรณีที่ 3 การขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 จากผู้ที่ได้รับอนุญาตผลิต/นำเข้า/ขาย

ขั้นตอน	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4
สถานที่สั่งซื้อ	ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต/นำเข้า/ขาย	ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต/นำเข้า/ขาย
เอกสาร / หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> คำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 / ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับอนุญาต สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> คำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 / ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ตัวจริง (ต้นฉบับ) ซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับอนุญาต สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (กรณีสั่งซื้อเกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต พ.ศ. 2555)



หลังจากซื้อแล้วมีหน้าที่ต้องทำอะไร

☐ กรณียาเสพติด

ขั้นตอน	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3
การจัดทำรายงานและบัญชี	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำรายงานประจำเดือน <ul style="list-style-type: none"> ตามแบบ ย.ส. 6 แสดงชื่อยา แสดงเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ชื่อและที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ ตลอดจน วันเดือนปีที่มีการรับ-จ่าย โดยลงข้อมูลเป็นรายเดือนเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนนั้นๆ เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นเดือน พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ อย่างน้อย 5 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย จัดทำรายงานประจำปี <ul style="list-style-type: none"> ตามแบบ ย.ส. 7 แสดงชื่อยา และปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ รายงานเป็น รายปี เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - ธันวาคม เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 5 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 	ไม่ต้องจัดทำรายงานประจำเดือน และรายงานประจำปี

ขั้นตอน (ต่อ)	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2	ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3
การเก็บรักษา	ต้องจัดให้มีการเก็บรักษาเป็นสัดส่วนในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรง มีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญหาย หรือมีการนำเอาไปใช้โดยมิชอบ และจะต้องเก็บรักษาไว้ ณ สถานพยาบาลแต่ละแห่ง หากสถานพยาบาลใดมีหลายสาขา การเก็บจะต้องเก็บให้ตรงตามสถานที่ที่มีการซื้อเพื่อใช้แต่ละแห่งเท่านั้น และพร้อมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบชนิด และจำนวนคงคลังได้ตลอดเวลาที่เปิดดำเนินการด้วย	ต้องจัดให้มีการแยกเก็บเป็นสัดส่วนจากยา หรือวัตถุอื่น
การขายหรือการใช้ประโยชน์	สามารถขายให้ได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษานั้น ซึ่งไม่รวมถึงการขายให้แก่บุคคลทั่วไป เช่น การวางขายโดยทั่วไป การขายโดยให้มีการสั่งซื้อทางไปรษณีย์หรือทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการขายที่มีได้อยู่ในความควบคุมของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์	
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - กำหนดให้มีการจัดทำบัญชีรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือนและรายปี โดยบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้ และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่เปิดทำการ ทั้งนี้ภายใน 5 ปี นับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี (มาตรา 62 วรรคหนึ่ง) - ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 62 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท (มาตรา 96)	

❑ กรณีวัตถุออกฤทธิ์

ขั้นตอน	วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 และประเภท 4
การจัดทำรายงานและบัญชี	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำบัญชีรับ - จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 8 แสดงชื่อยา แสดงเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ชื่อ อายุและที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ ตลอดจน วันเดือนปีที่มีการรับ-จ่าย โดยลงข้อมูลทุกครั้งที่มีการรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ - จัดเก็บไว้ที่สถานพยาบาล พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 2. จัดทำรายงานประจำเดือน <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 9 แสดงชื่อยา ปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือเป็นรายเดือน - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นเดือน พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาล พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย 3. จัดทำรายงานประจำปี <ul style="list-style-type: none"> - ตามแบบ บ.จ. 10 แสดงชื่อยา และปริมาณยาที่รับ-จ่าย คงเหลือ รายงานเป็นรายปี เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม - เสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย
การเก็บรักษา	ต้องจัดให้มีการป้องกันตามสมควรเพื่อมิให้วัตถุออกฤทธิ์สูญหาย หรือมีการนำเอาวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้โดยมิชอบ
การขายหรือการใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์	สามารถขายให้ได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษาเท่านั้น ซึ่งไม่รวมถึงการขายให้แก่บุคคลทั่วไป เช่น การวางขายโดยทั่วไป การขายโดยให้มีการสั่งซื้อทางไปรษณีย์หรือทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการขายที่มีได้อยู่ในความควบคุมของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	<p>พรบ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้มีการทำบัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือนและรายปี โดยบัญชีดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่เปิดดำเนินการ ทั้งนี้อย่างน้อยภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี (มาตรา 87 วรรคหนึ่ง) - ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 87 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 113)



ทำลายยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ต้องทำอย่างไร

กรณียาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์ที่มีในครอบครองหมดอายุ เสื่อมคุณภาพ หรือไม่ประสงค์จะมีไว้ในครอบครองต่อไป ขั้นตอนการทำลายให้ปฏิบัติ ดังนี้

กรณีสถานพยาบาลตั้งอยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร	กรณีสถานพยาบาลตั้งอยู่ในเขต ปริมาณและส่วนภูมิภาค
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับอนุญาตฯ จัดทำหนังสือมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวันเวลาและสถานที่ที่ต้องการทำลายเพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติดจะแจ้งให้ผู้รับอนุญาตฯทราบ และในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด และถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐานเพื่อรายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป 3. บันทึกข้อมูลในรายงานและบัญชีรับ - จ่าย ตามแบบ บ.จ. 8 บ.จ. 9 บ.จ. 10 หรือ ย.ส. 6 ย.ส. 7 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับอนุญาตฯ จัดทำหนังสือมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวันเวลาและสถานที่ที่ต้องการทำลาย เพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งให้ผู้รับอนุญาตฯ ทราบ และในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด และถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป 3. บันทึกข้อมูลในรายงานและบัญชีรับ - จ่าย ตามแบบ บ.จ. 8 บ.จ. 9 บ.จ. 10 หรือ ย.ส. 6 ย.ส. 7



FAQ คำถามที่พบบ่อย



❑ คำถามที่ 1

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่สถานพยาบาลได้ จะสามารถส่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยได้หรือไม่

◆ คำตอบที่ 1

ตามมาตรา 4 พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ให้นิยามของผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ขอรับบริการในสถานพยาบาล ดังนั้นการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยของตนโดยปกติทั่วไปควรกระทำในสถานพยาบาลของตน ไม่สมควรจ่ายยานอกสถานพยาบาล นอกจากนี้ การใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 เป็นประจำติดต่อกัน อาจทำให้เกิดการเสพติด ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ หรืออาจมีการลักลอบนำไปใช้ในทางที่ผิด ก่อให้เกิดปัญหาสังคมได้ ดังนั้นเพื่อให้มีการนำวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างถูกต้องจึงจำกัดให้ผู้มีสิทธิ์ส่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ได้คือ แพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ ที่ส่งจ่ายให้กับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยที่ตนให้การรักษาดังนั้นแพทย์ผู้ให้การรักษาก็ควรมีการตรวจผู้ป่วยซึ่งตนให้การรักษาดังนั้นแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ก่อนพิจารณาส่งจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ให้กับผู้ป่วยนั้น ๆ สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่สถานพยาบาลได้นั้น ทางสถานพยาบาลอาจต้องออกหน่วยเคลื่อนที่ไปพบผู้ป่วยแทน หรืออาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่สะดวกต่อการเดินทางไปพบแพทย์ของผู้ป่วยแทน

❑ คำถามที่ 2

กรณีสถานพยาบาล เกิดภาวะขาดแคลนวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 บางตัว สามารถยืมจากสถานพยาบาลอื่นมาใช้ก่อนได้หรือไม่

◆ คำตอบที่ 2

ไม่สามารถยืมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 จากสถานพยาบาลอื่นได้ เนื่องจาก ตาม พรบ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ได้ให้นิยามคำว่า “ขาย” ให้หมายความรวมถึง จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ส่งมอบ หรือมีไว้เพื่อขาย ซึ่งตามมาตรา 13 ทวิ ห้ามมิให้ผู้ใดขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ยกเว้นกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นการยืมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ระหว่างสถานพยาบาล จึงเท่ากับเป็นการขาย อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 89 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 5-20 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000 - 400,000 บาท

❑ คำถามที่ 3

ถ้าสถานพยาบาล มีความประสงค์จะทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดที่หมดอายุแล้ว มีขั้นตอนอย่างไร

◆ คำตอบที่ 3

มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

○ กรณีสถานพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

- 1) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ทำหนังสือแจ้งมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยแจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวัน เวลา และสถานที่ที่ต้องการทำลาย เพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 2) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติดจะแจ้งให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลทราบ และในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่ฯ ร่วมเป็นพยานในการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่ฯ จะตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด และถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน เพื่อรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป

○ กรณีสถานพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล และส่วนภูมิภาค

- 1) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวัน เวลา และสถานที่ที่ต้องการทำลาย เพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 2) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลทราบ และในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่ฯ ร่วมเป็นพยานในการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่ฯ จะตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันเดือนปีที่ผลิต วันเดือนปีที่หมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดและถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ทราบต่อไป

○ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

ให้ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม หมวด 3 การควบคุมและการจำหน่ายพัสดุ ข้อ 157 โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน เมื่อทำลายยาแล้วให้ถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน แล้วรายงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (หนังสือเวียน ที่ สธ 1003.3/ว1264 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง การทำลายวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์)

❑ คำถามที่ 4

ต้องการได้แบบฟอร์มรายงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์สามารถรับได้ที่ไหน และการจัดส่งรายงาน ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาสามารถส่งทางไปรษณีย์ได้หรือไม่

◆ คำตอบที่ 4

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มรายงานได้จากเว็บไซต์กองควบคุมวัตถุเสพติด <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome> สำหรับการจัดส่งรายงาน สามารถจัดส่งทางไปรษณีย์ได้ที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 ทั้งนี้ต้องจัดเก็บสำเนารายงานดังกล่าวไว้พร้อมแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี สำหรับวัตถุออกฤทธิ์ และอย่างน้อย 5 ปี สำหรับยาเสพติด นับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้าย

❑ คำถามที่ 5

สอบถามเรื่องการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ของสำนักงานเทศบาลเมือง ก. ว่า การยื่นขอรับใบอนุญาตฯ ต้องไปติดต่อด้วยตัวเองเท่านั้น หรือสามารถยื่นคำขอผ่านทางไปรษณีย์ได้ และชื่อผู้ดำเนินกิจการสามารถขอในนามของ “สำนักงานเทศบาลเมือง ก.” ได้หรือไม่ หรือขอในนาม “นายกเทศมนตรีเมือง ก.” และในกรณีเทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง จำเป็นต้องขอใบอนุญาตฯ แยกเป็น 2 ฉบับหรือไม่

◆ คำตอบที่ 5

- 1) การขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาลสามารถสอบถามรายละเอียดขั้นตอนการขออนุญาตได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล หรือสอบถามได้ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. โทรศัพท์ 0 2590 7345, 0 2590 7762, 0 2590 7792 ซึ่งการยื่นขอรับใบอนุญาตฯ นั้น สามารถยื่นคำขอได้ ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. หรือส่งคำขอมายังไปรษณีย์ก็ได้ กรณีสถานพยาบาลนั้นสังกัดหน่วยราชการอื่น สามารถดูรายละเอียดได้ที่ หนังสือเวียนที่ สธ 1003.2/ว 2369 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2555 ที่เว็บไซต์กองควบคุมวัตถุเสพติด <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome>
- 2) ผู้ดำเนินกิจการจะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ส่วนผู้รับอนุญาตนั้นต้องเป็นนิติบุคคล ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับว่าสำนักงานเทศบาลเมือง ก. สังกัดหน่วยงานใดในระดับที่เป็นนิติบุคคล ก็ขอในนามหน่วยงานที่เป็นนิติบุคคลนั้น ๆ

3) ในกรณีเทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง จำเป็นต้องขอใบอนุญาตแยก 2 ฉบับ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง เนื่องจากในใบอนุญาตฯ จะระบุสถานที่ที่ได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองฯ คือ 1 ใบอนุญาต ต่อการอนุญาต 1 สถานที่

❑ คำถาม 6

ตามกฎหมาย Methadone Solution สามารถสั่งจ่ายเพื่อใช้บำบัดอาการปวดได้หรือไม่

◆ คำตอบที่ 6

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ลงวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2555 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 197 พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549 ได้อนุญาตให้ผู้อนุญาตฯ จำหน่าย Methadone ได้ดังนี้

1. ชนิดเม็ด สำหรับการบำบัดอาการปวด
2. ชนิดน้ำ สำหรับการบำบัดอาการปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ

ดังนั้นจึงสามารถสั่งจ่าย Methadone Solution เพื่อใช้บำบัดอาการปวดได้



ภาคผนวก





ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถาบันของทางราชการตามมาตรา ๑๗ (๒) และมาตรา ๖๓ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ มาตรา ๖ (๙) และมาตรา ๑๑ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๒ มาตรา ๓๓ มาตรา ๔๐ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้หน่วยงานดังต่อไปนี้เป็นสถาบันของทางราชการซึ่งได้รับการยกเว้นตามบทบัญญัติมาตรา ๑๗ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ ให้ผลิต ขาย นำเข้าหรือส่งออก ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตเฉพาะในหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค วิเคราะห์ วิจัย หรือใช้ในการเรียนการสอน

(๑) มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ดังนี้

- (ก) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- (ข) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- (ค) มหาวิทยาลัยมหิดล

(๒) กรุงเทพมหานคร เฉพาะสำนักงานการแพทย์และสำนักอนามัย

ข้อ ๒ ให้หน่วยงานตามข้อ ๑ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เป็นสถาบันของทางราชการซึ่งได้รับการยกเว้นตามบทบัญญัติมาตรา ๖๓ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ตามหน้าที่ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาต เฉพาะในหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค วิเคราะห์ วิจัย หรือใช้ในการเรียนการสอน

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๑๔๓ ง ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๒)

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแพณปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต

พ.ศ. ๒๕๕๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ มาตรา ๑๑ (๔) และมาตรา ๖๔ แห่งพระราชบัญญัติ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๔ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการ จำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๒ มาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจ ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแพณปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบ วิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) มีไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ลงวันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อ ๒ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแพณปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) หรือผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง (ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง) มีวัตถุออกฤทธิ์ไม่เกินปริมาณที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ไว้ในครอบครองได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ตามมาตรา ๖๒ ดังนี้

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓

- | | |
|------------------------------------|---------|
| (๑) อะไมบารีบิทัล (amobarbital) | ๑๐ กรัม |
| (๒) เพนตาโซซีน (pentazocine) | ๑ กรัม |
| (๓) เพนโตบาร์บิทัล (pentobarbital) | ๑๐ กรัม |

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

- | | |
|-------------------------------------------|----------|
| (๑) โบรมาซีแพม (bromazepam) | ๖ กรัม |
| (๒) บิวโตบาร์บิทัล (butobarbital) | ๕๐ กรัม |
| (๓) คลอริไดอาซีพอกไซด์ (chlordiazepoxide) | ๒๕๐ กรัม |
| (๔) โคลบาแซม (clobazam) | ๑๐ กรัม |
| (๕) โคลนาซีแพม (clonazepam) | ๒๐ กรัม |
| (๖) คลอราซีเพท (clorazepate) | ๑๐ กรัม |

(๗) ไดอาซีแพม (diazepam)	๑๐ กรัม
(๘) เอทิล โลฟลาซีเพท (ethyl loflazepate)	๑๐ กรัม
(๙) เกลืออนินทรีย์ของโบรไมด์ทุกชนิด (inorganic bromide)	๙๐ กรัม
(๑๐) ลอราซีแพม (lorazepam)	๒ กรัม
(๑๑) เมดาซีแพม (medazepam)	๑๐ กรัม
(๑๒) ฟีนอบาร์บิทัล (phenobarbital)	๑๐๐ กรัม
(๑๓) พินาซีแพม (pinazepam)	๕ กรัม
(๑๔) พร่าซีแพม (prazepam)	๑๐ กรัม
(๑๕) โทฟีโซแพม (tofisopam)	๕๐ กรัม

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕

ประดิษฐ สนิทวรรณรงค์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๙๑ ง ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๕)

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

(ฉบับที่ ๑๙๗) พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เพื่อประโยชน์ในการควบคุมปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้เหมาะสมกับความจำเป็นต้องใช้ในทางการแพทย์ และมีให้มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด อันเป็นการควบคุมการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้มีประสิทธิภาพ รัดกุม และเหมาะสมกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และมาตรา ๘ (๕) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๕ มาตรา ๓๙ มาตรา ๔๘ มาตรา ๕๐ มาตรา ๒๓๗ และมาตรา ๒๓๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๒๑ (พ.ศ. ๒๕๓๖) เรื่อง กำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองได้ประจำปี ลงวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๖

ข้อ ๒ ในการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของผู้อนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ผู้อนุญาตแจ้งจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ประสงค์จะซื้อเพื่อจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาตามแบบคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ข้อ ๓ ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่จะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองได้ประจำปี ตามบัญชีท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ในกรณีอื่นนอกจากที่ได้ระบุไว้ในข้อ ๓ ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่จะอนุญาตให้ผู้อนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองดังต่อไปนี้

(๑) กรณีที่ใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ตำรับที่มีโคเดอีนเป็นส่วนผสม ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับไว้ ให้พิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่จะอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองเพื่อผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ดังกล่าว ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ตำรับที่มีโคเดอีนเป็นส่วนผสม ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า

(๒) กรณีที่ใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ นอกจากตำรับที่มีโคเดอีนเป็นส่วนผสม ให้พิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่จะอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองเพื่อผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ดังกล่าวได้ ตามความจำเป็นที่ ต้องการใช้ในการผลิตเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

(๓) กรณีที่ใช้เป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษาหรือการวิจัยทางด้านทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ ให้พิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่จะอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง ได้ตามความจำเป็นที่ต้องการใช้ในการศึกษา หรือตามความเหมาะสมของข้อเสนอโครงการวิจัย ของผู้รับอนุญาต

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ไม่ใช้บังคับกับการมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อส่งมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามสัญญาซื้อขาย สัญญาจ้าง หรือ ใบสั่งซื้อ/จ้าง ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ ๖ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ปฏิบัติราชการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๓ ตอนพิเศษ ๕๙ ง ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๔๙)

บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข

(ฉบับที่ ๑๙๗) พ.ศ. ๒๕๔๙

เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

ผู้อนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และปริมาณที่กำหนด (เป็นกรัมในรูปของเบส)							หมายเหตุ
	ฝิ่นยา	มอร์ฟีน	โคเดอีน	โคคาอีน	เพทิดีน	เมทาโดน	เฟนทานิล	
หมวด ก								
๑) กระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง กรุงเทพมหานคร สภาภาคชาติไทย หรือองค์การเภสัชกรรม								อนุญาตให้รับอนุญาต- จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ดังนี้
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๑๐๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เดือน	๑๐	๕๐	๑. ชนิดเม็ด
๑.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐	๒๐๐	๑๐๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เดือน	๑,๐๐๐	๕๐	สำหรับการบำบัด อาการปวด
๑.๓ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓	๒,๐๐๐,๐๐๐	-	-	-	-	-	-	๒. ชนิดน้ำ
๑.๔ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการวิเคราะห์	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	สำหรับการบำบัด รักษาผู้เสพยา ยาเสพติดให้โทษ
หมวด ข								
ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ	-	๑	๓	๐.๕	๑	-	๐.๐๑	
หมวด ค								
๑) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑								
๑.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	๒๐๐	๑,๐๐๐	๖๐	๑๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เดือน	๕	๒๕	
๑.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ	๒๐๐	๑,๐๐๐	๖๐	๑๐	๒ กรัม ต่อ ๑ เดือน	๖๐๐	๒๕	
๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑								
๒.๑ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๒	๐.๑	
๒.๒ กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	๔๐๐	๐.๑	
๓) ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม								
๓.๑ กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๕๐	-	๐.๑	
๓.๒ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท ๓	๓๐,๐๐๐	-	๒๐๐๐ กรัม ต่อ ๑ ตำรับ*	-	-	-	-	*เฉพาะการผลิตเพื่อ ประกอบการพิจารณา ขึ้นทะเบียนตำรับ
๓.๓ กรณีมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ในการวิเคราะห์	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	๐.๕	
๔) ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม								
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	
๕) ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง								
กรณีจำหน่ายเพื่อการรักษาทั่วไป	๑๐๐	๑๐	-	๕	๑๐	-	๐.๑	

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการนำเมทาโดนชนิดน้ำซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ มาใช้ในการบรรเทาอาการปวด เพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และมาตรา ๘ (๕) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๒ มาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความที่กำหนดเงื่อนไขการอนุญาตให้จำหน่ายเมทาโดนในตารางหมายเหตุ บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙๗) พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“อนุญาตให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ดังนี้

๑. ชนิดเม็ด

สำหรับการบำบัดอาการปวด

๒. ชนิดน้ำ

สำหรับการบำบัดอาการปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕

วิทยา บุรณศิริ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๓๑ ง ลงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕)

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และใบแทนใบอนุญาต

จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) เพื่อให้การควบคุมยาเสพติดให้โทษดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต การขอรับใบแทนใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) พ.ศ. ๒๕๕๑ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ให้ใช้ แบบ ก.ย.ส. ๒-๑

๒. ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ให้ใช้ แบบ ก.ย.ส. ๒-๒

๓. คำขอรับใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ให้ใช้ แบบ ท.ย.ส. ๒-๑

๔. ใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ให้ใช้ตามแบบใบอนุญาตเดิม แต่ให้กำกับคำว่า “ใบแทน” ไว้ที่ ด้านหน้าด้วย

ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

นรังสันต์ พีรกิจ

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๑๕๗ ง ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๑)

แบบ ก.ย.ส. ๒-๑

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

**คำขอรับใบอนุญาต
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)**

เขียนที่.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.

๑. **ข้าพเจ้า** (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต)
ซึ่งมีผู้ดำเนินการ (กรณีที่มีนิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ
๒. **ได้รับใบอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ คือ**
 ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตที่หมวด.....
 ใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตที่หมวด.....
๓. **ขอรับใบอนุญาต** **จำหน่าย** **มีไว้ในครอบครอง** ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ).....
ปริมาณ.....กรัม หรือ ซม^๓
๔. **ณ สถานที่** **จำหน่าย** **มีไว้ในครอบครอง** ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนนหมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ โทรสาร
๕. **พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย ดังนี้**
(๑) กรณีขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดฯ คือ
(๑.๑) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) [ตามแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แนบ จ.)]
(๑.๒) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ [เฉพาะผู้รับอนุญาตที่มีสถานที่จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ อยู่ในส่วนภูมิภาค]
(๑.๓) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล [เฉพาะการขอรับใบอนุญาตฯ ณ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑]
(๒) กรณีขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดฯ คือ
(๒.๑) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) [ตามแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แนบ ค.)]
(๒.๒) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ [เฉพาะผู้รับอนุญาตที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐและมีสถานที่มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ อยู่ในส่วนภูมิภาค]
(๓) เอกสารอื่นๆ [ถ้ามี]

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ
()

หมายเหตุ ให้ เลือกข้อความที่ต้องการ

แบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แบบ จ.)

แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาต จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)

ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ เพื่อขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ).....ปริมาณ.....กรัม หรือ ซม.^๓ จึงขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ ดังนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาตฯ
 - โรคหรือกรณีที่ต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นั้น (โปรดระบุ).....
 -
 -
 - เหตุผลที่ต้องขออนุญาตฯครั้งนี้ เนื่องจาก.....
 -
๒. จำนวนเตียงของสถานพยาบาล.....เตียง
๓. เวลาทำการของสถานพยาบาล.....น. ถึง.....น.
(เฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)
๔. จำนวนผู้ป่วย/สัตว์ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....คน/ตัว
๕. จำนวนยาเสพติดให้โทษที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน และยอดคงเหลือของยาเสพติดให้โทษนั้น

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	จำนวนที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (amp, tab, cap, patch etc.)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ขอรับใบอนุญาต (amp, tab, cap, patch etc.)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		

๖. ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษของสถานพยาบาลในแต่ละเดือน ย้อนหลังไปไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						

แบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แบบ ค.)

แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาต มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๔ (๕)

ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ เพื่อขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๔ (๕) คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ).....ปริมาณ.....กรัม หรือ ชม.^๓ จึงขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ ดังนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาตฯ

- กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นั้น (โปรดระบุ).....
.....
.....
- เหตุผลที่ต้องขออนุญาตฯครั้งนี้ เนื่องจาก.....
.....

๒. จำนวนยาเสพติดให้โทษที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน และยอดคงเหลือของยาเสพติดให้โทษนั้น

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	จำนวนที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (amp, tab, cap, patch etc.)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ขอรับใบอนุญาต (amp, tab, cap, patch etc.)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		

๓. ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษในแต่ละเดือน ย้อนหลังไปไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....	เดือน.....
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						

แบบ ก.ย.ส. ๒-๒



**ใบอนุญาต
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)**

ใบอนุญาตที่.....ครั้งที่.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการตาม
ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่.....หมวด.....
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณ
ที่กำหนดไว้ในมาตรา ๘ (๕) คือ

.....

ณ สถานที่จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ชื่อ.....
เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ.....และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองที่ระบุไว้ในใบอนุญาตนี้เท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

แบบ ท.ย.ส. ๒-๑

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

**คำขอรับใบแทนใบอนุญาต
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ (กรณีที่เป็นนิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ

๒. ได้รับใบอนุญาต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่
กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) ใบอนุญาตที่.....

๓. ณ สถานที่ จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๔. ขอรับใบแทนใบอนุญาต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) เนื่องจาก (โปรดระบุเหตุผล).....

๕. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(๑) กรณีที่ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตาม
มาตรา ๘ (๕) สูญหาย ให้นำใบแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ว่าใบอนุญาตดังกล่าวได้สูญหายมาด้วย

(๒) กรณีที่ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตาม
มาตรา ๘ (๕) ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ ให้นำใบอนุญาตที่ถูกทำลายหรือลบล้างนั้น มาด้วย

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ

()

หมายเหตุ ให้ เลือกข้อความที่ต้องการ

แบบ ย.ส. 1

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอรับใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

3. ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด.....⁽¹⁾

หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด.....⁽¹⁾

4. สถานที่ทำการ ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

5. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....

6. ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3.

- 2 -

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- (1) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
 - (2) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์
 - (3) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาตตาม 2.
 - (4) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
 - (5) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ**
- (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม
 - หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
 - หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ย.ส. 1

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

“ตัวอย่างการกรอกแบบ ย.ส.1”

หน่วยงานราชการ

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอรับใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ข้าพเจ้า.....**นิติบุคคลกรอกชื่อ** *กระทรวง, ทบวง, กรม, มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร*.....
(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)
อยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....**ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต**อายุ.....ปี
สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....**กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... **ก** (1)
หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... **ก** (1)
- สถานที่ทำการ ชื่อ.....**ชื่อสถานพยาบาล/ชื่อสถานที่**อยู่เลขที่.....
ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....
- ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3.**ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกชนิด**.....
.....

- 2 -

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- (1) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
 - (2) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์
 - (3) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต ตาม 2.
 - (4) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
 - (5) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต ฯผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภาวิชาชีพ หรือองค์การเภสัชกรรม
หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน
ปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม
หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ย.ส. ๒



ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

ใบอนุญาต จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ใบอนุญาตที่..... หมวด.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี..... เป็นผู้ดำเนินการ
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
ตามรายการดังต่อไปนี้ คือ

.....
.....
.....
.....
.....

ณ สถานที่ชื่อ.....
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่ง
ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๔

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

แบบ ย.ส. 10

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอต่ออายุใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินการ
(ชื่อผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต)

ชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง
ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามใบอนุญาตที่.....
ณ สถานที่จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ชื่อ.....
อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ประจำปี พ.ศ.

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายของผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป
(ในกรณีต้องออกใบอนุญาตใหม่)
- (2) ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือใบแทน

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ย.ส. ๑๑

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอใบแทนใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... ซึ่งมีผู้ดำเนินการ

(ชื่อผู้ขอใบแทนใบอนุญาต)

ชื่อ ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่ง

ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ตามใบอนุญาตที่..... หมวด.....

ณ สถานที่จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ชื่อ.....

อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เหตุที่ขอรับใบแทน.....

พร้อมคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่ายของผู้ขอใบแทนใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ

ขนาด ๓x๔ เซนติเมตร ๒ รูป มาด้วยแล้ว

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ**
- (๑) ในกรณีใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ สูญหายให้นำใบแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ว่าใบอนุญาตดังกล่าวได้สูญหายมาด้วย
 - (๒) ในกรณีใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ถูกทำลายหรือลบเลือนในสาระสำคัญ ให้แนบใบอนุญาตที่ถูกทำลายหรือลบเลือนนั้นมาด้วย
 - (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ค.จ. ๑

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับใบอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินการ

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

คือ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....

ในนามของ(ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์).....

อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต คือ

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ๔ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๔) ใบสำคัญแสดงว่าเป็นผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต (ถ้าเป็นนิติบุคคล)
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

แบบ ค.จ. ๑

“ตัวอย่างการกรอกแบบ ค.จ.๑”

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับใบอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ

สถานพยาบาล

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... **นิติบุคคลกรอกชื่อ บริษัท หจก. มูลนิธิ สมาคม ฯ**ซึ่งมีผู้ดำเนินการ
(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

คือ..... **ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต ฯ**อายุ.....ปี สัญชาติ.....อยู่เลขที่..... **กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด โทรศัพท์.....

ขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....
ในนามของ(ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์)..... **ชื่อโรงพยาบาล, สถานพยาบาล, คลินิก**

อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต คือ **เพื่อใช้ในสถานพยาบาล**

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ๔ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๔) ใบสำคัญแสดงว่าเป็นผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต (ถ้าเป็นนิติบุคคล)
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... **ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต ฯ**ผู้ยื่นคำขอ

แบบ ค.จ. ๒



ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ

ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

ใบอนุญาตที่...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....

ณ สถานที่ชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่
ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

รายการต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๔

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

แบบ ค.จ. 3

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอต่ออายุ
ใบอนุญาต

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการคือ.....

และเป็นผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....

ใบอนุญาตที่.....ได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในนามของ
(ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์).....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ประจำ พ.ศ.

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายขนาด 3 x 4 เซนติเมตร 4 รูป (ในกรณีที่ยื่นขอใบอนุญาตใหม่)
- (2) ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
- (3) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

แบบ ค.จ. ๔

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอใบแทน
ใบอนุญาตเลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)คำขอใบแทนใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง
หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า ซึ่งมีผู้ดำเนินการ
(ชื่อผู้รับอนุญาตหรือนิติบุคคล)

คือ อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด โทรศัพท์.....ใบอนุญาตที่.....

ขอรับใบแทนใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในนามของ
(ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์)

อยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

เหตุที่ขอใบแทนใบอนุญาต.....

.....


.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(๑) รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ๒ รูป

(๒) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

 <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Food and Drug Administration</p>	<p>ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 หมวด ก สำหรับสถานพยาบาลรัฐบาล / หน่วยงานราชการ</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

ผู้ประกอบการ	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ	การตรวจรับเอกสาร	
		มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 1)		
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)		
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ		
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ		
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการ ของผู้ดำเนินการ		
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของส่วนราชการ (ถ้ามี)		
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาทะเบียนบ้าน ของที่อยู่สถานที่ (ที่ปรากฏอยู่ในสำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี) (ถ้ามี)		
<input type="checkbox"/>	8) กรณีขอครอบครองสำหรับหน่วยงานในกำกับของรัฐ		
<input type="checkbox"/>	8.1) หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ		
<input type="checkbox"/>	กรณีสหกรษชาติ : - ต้องได้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี		
<input type="checkbox"/>	กรณีหน่วยงานระดับกรม/เทียบเท่า : - ต้องได้รับมอบอำนาจจากอธิบดี / ตำแหน่งที่เทียบเท่า		
<input type="checkbox"/>	8.3) ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท (เฉพาะกรณีหน่วยงานในกำกับของรัฐ)		
<input type="checkbox"/>	8.3.1) กฎหมาย กรณีงดติดต่อดำเนินการ ชำระด้วยเงินสดหรือ แครดเดบิตหรือหักส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น แครดเดบิตหรือส่งชำระด้วยเช็ค		
<input type="checkbox"/>	8.3.2) หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ		
<input type="checkbox"/>	8.3.3) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการ		
<input type="checkbox"/>	9.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์หรือแบบฟอร์มมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์		
<input type="checkbox"/>	9.2) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ		
<input type="checkbox"/>	9.3) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ		

ข้าพเจ้าขอให้อัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำคัญงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์

การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับแจ้งการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินการกิจการ)
(.....)

ผลการตรวจรับ

- ครบถ้วน
 ไม่ครบถ้วน และต้องคืนเอกสารทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับคำขอ
วันที่.....

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ในสถานพยาบาล (สำหรับสถานพยาบาลเอกชน)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้ในสถานพยาบาล (สำหรับสถานพยาบาลเอกชน)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินงานกิจการ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ	
		มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบ ค.จ.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายผู้ดำเนินงานกิจการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินงานกิจการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินงานกิจการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ประกอบเภสัชกรรมกับโรคศาสตร์ ของผู้ดำเนินงานกิจการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบการกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.12) ไม่มีปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) ที่ต่ออายุในปัจจุบันแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) สำเนาทะเบียนบ้าน ของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10) แผนที่ที่ตั้งของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11) รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร , รูปที่ 2 แสดงป้ายเลขที่ของสถานที่ตั้ง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12) เอกสารเพิ่มเติมกรณีบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.1) สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของกิจการโดยสำเนียงานทะเบียนส่วนบริษัท กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์(ล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.2) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของนิติบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.3) สำเนาทะเบียนบ้านของสำนักงานใหญ่(ที่อยู่ในหนังสือจดทะเบียนนิติบุคคล)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.4) หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการผู้มีอำนาจลงนามก่อนยื่นขอรับใบอนุญาตเป็น "ผู้ดำเนินงานกิจการ" มอบให้ผู้อนุญาตเป็น "ผู้ดำเนินงานกิจการ"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.5) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12.6) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ	
		มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	13) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาต วัตถุเสพติด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14) ค่าธรรมเนียม 100 บาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14.1) กรุงเทพฯ กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> หักส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> สั่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14.2) ต่างจังหวัด กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> หรือ <u>เช็ค</u> สั่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่กำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับแจ้งขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักฐานที่และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินงานกิจการ)
(.....)

ผลการตรวจรับ

- ครบถ้วน
 ไม่ครบถ้วน และต้องคืนเอกสารทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับคำขอ
วันที่.....

 <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Food and Drug Administration</p>	<p>ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ที่มีไว้ในสถานพยาบาล (สำหรับกรณีไม่ใช้สถานพยาบาลเอกสาร)</p> <p>เช่น, โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ, วิทยาลัย, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฯ</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ	
		มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (แบบ ค.จ.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรมประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ของผู้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าหน่วยงานของผู้ดำเนินการ หรือหนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาทะเบียนบ้าน ของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8) แผนที่ที่ตั้งของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9) รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร, รูปที่ 2 แสดงป้าย, เลขที่ของสถานที่ตั้ง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นขออนุญาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นขออนุญาตเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11) สำเนาเงิน 100 บาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11.1) กรุณากรอกข้อมูลด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ เช็คเช็คหรือเช็ค ทาส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น เช็คเช็คหรือเช็ค สั่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11.2) ชำระเงินสด กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือเช็คกับเงิน ธนาคาร (Draft) หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็นเช็คเงินธนาคาร (Draft) สั่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับร้องเรียนของประชาชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนการสั่งการดำเนินการตรวจประเมินของผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการและได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....) ผู้ดำเนินการ

ผลการตรวจรับ ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน และต้องคืนเอกสารทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับคำขอ วันที่.....



แบบ ย.ส. 4

คำขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ
..... ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่ง
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามใบอนุญาตที่ หมวด
ณ สถานที่ชื่อ อยู่เลขที่
ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด โทรศัพท์

ขอยื่นคำร้องต่อเลขาธิการเพื่อขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามรายการดังต่อไปนี้ จำนวน.....เพียง สถานที่บำบัด.....

ชื่อของสิ่งปรุง	ปริมาณ ของ สิ่งปรุง	ชื่อ ยาเสพติด ให้โทษ	ปริมาณของ ยาเสพติด ให้โทษคิด เป็นร้อยละ	ปริมาณยาเสพติดให้โทษ (ระบุเป็นหน่วย Amp, Tab, Cap, Patch)			
				ที่ขอซื้อ	ที่ได้รับ แต่ต้นปีถึงวันนี้	ที่ได้จำหน่าย แต่ต้นปีถึงวันนี้	ที่คงเหลือ

ขอรับรองว่ายาที่ขออนุญาตซื้อนี้ไม่เกินปริมาณซึ่งข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้มีได้

(ลายมือชื่อ).....(ผู้ขอซื้อ)

ใบรับรองสำหรับตัวแทนในกรณีที่ได้รับอนุญาตไม่ได้มารับยาด้วยตัวเอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....ผู้นำคำร้องมายื่นนี้
เป็นตัวแทนข้าพเจ้าในการรับยาข้างบนนี้ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับยาและนำส่งให้ข้าพเจ้าโดยเรียบร้อย

(ลายมือชื่อ).....(ผู้ขอซื้อ)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาอนุมัติ

ชื่อยาเสพติดให้โทษ	ปริมาณที่ควรอนุมัติ	อนุมัติจำนวน	หมายเหตุ
ลงชื่อผู้พิจารณาเสนอขออนุมัติ..... วันที่.....		ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....	

ID สถานประกอบการ

ID ผู้ดำเนินการกิจการ

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

วันที่.....เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ใบนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ เลขที่.....

บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่..... วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

ซอย ถนน แขวง เขต

จังหวัด ใบนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เลขที่.....

สถานพยาบาลชื่อ ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอยื่นคำขอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ดังต่อไปนี้

ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2	ชนิดและความแรง (.....mg/tab.capmg/amp.vial)	ปริมาณ ที่ขอซื้อ	หน่วย (tab.cap.amp, vial.gm.kg)	ปริมาณ ที่คงเหลือ	หน่วย (tab.cap.amp, vial.gm.kg)	เฉลี่ยอัตราการใช้ต่อเดือน (3เดือนย้อนหลัง) เดือน-.....
1.						
2.						
3.						
4.						

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อดังนี้

- () 1. สำเนาใบนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ อื่นๆ () 2. สำเนาใบนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล
- () 3. สำเนาใบนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล () 4. สำเนาใบนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
- () 5. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอซื้อ
- () 6. หนังสือแจ้งความจำนขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีหน่วยงานราชการ)
- () 7. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ผู้ขอซื้อจำนวน 2 ฉบับ

กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมารับยา

- () 8. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- () 9. หนังสือมอบอำนาจ
 - () 9.1 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัชฎากร
 - () 9.2 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัชฎากร
 - () 9.3 สำเนาหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว
 - () 9.4 หน่วยงานราชการให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น

การรับวัตถุออกฤทธิ์

- () ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งทางพัสดุไปรษณีย์ () มารับเอง
- () มอบอำนาจ โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นตัวแทนของข้าพเจ้า

ในการรับวัตถุออกฤทธิ์ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับ-ส่งวัตถุออกฤทธิ์ให้ข้าพเจ้าทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ เป็นความจริงทุกประการ

..... ลงนามผู้ขอซื้อ
(.....)

หมายเหตุ การแก้ไขข้อความในคำขอซื้อให้ผู้ขอซื้อขีดฆ่า เขียนใหม่ และลงลายมือชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาอนุมัติ

ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2	ปริมาณที่ควรอนุมัติ	อนุมัติจำนวน	หมายเหตุ
1.			
2.			
3.			
4.			
ลงชื่อผู้พิจารณาเสนอขออนุมัติ..... วันที่.....		ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....	

สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานประกอบคำขอซื้อ (แบบ ข.วจ 1)

(สำเนาใบอนุญาตทุกฉบับต้องต่ออายุเป็นปัจจุบันและให้ผู้ขอซื้อลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

- () 1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวพนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอซื้อ
- () 2. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ผู้ขอซื้อจำนวน 2 ใบ
- หน่วยงานราชการ**
- () 3. หนังสือแจ้งความจำนงขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 และสำเนาใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
- มิใช่หน่วยงานราชการ**
- () 4. สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์(ถ้ามี)
- () 5. สำเนาใบอนุญาต 3 ฉบับ คือ (1) ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ (2) ให้ตั้งสถานพยาบาล และ (3) ให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- หลักฐานประกอบการมอบอำนาจในการรับวัตถุออกฤทธิ์**
- () 6. หน่วยงานราชการ ให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น
- () 7. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวพนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- () 8. หนังสือมอบอำนาจ ให้กระทำการครั้งเดียว หรือ มากกว่าครั้งเดียว พร้อมติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร (กรณีที่มอบอำนาจให้มารับวัตถุออกฤทธิ์ได้หลายครั้งต้องสำเนาหนังสือมอบอำนาจมายื่นทุกครั้งที่มารับวัตถุออกฤทธิ์)

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

- () หลักฐานครบ เจ้าหน้าที่..... วันที่.....
- () หลักฐานไม่ครบ คือ
แจ้งให้ยื่นเพิ่มเติมภายในวันที่..... เจ้าหน้าที่..... วันที่.....
- () ยื่นเพิ่มเติมวันที่..... ระบุ.....
เจ้าหน้าที่..... วันที่.....

ความเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....



คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม / โรคศิลปะเลขที่.....
บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการเลขที่.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

สถานพยาบาล รัฐ เอกชน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทร.....
ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....
ใบอนุญาตดำเนินกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....
ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

**ขอยื่นคำขอซื้อต่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผ่านบริษัท.....
เพื่อขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine)**

- (1) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....
ขนาดบรรจุ
- (2) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....
ขนาดบรรจุ
- (3) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....
ขนาดบรรจุ

หมายเหตุ ปริมาณที่ขอซื้อ ขอให้ระบุเป็นหน่วยย่อย กรณียาเม็ด หน่วยนับคือ เม็ด กรณียาน้ำ หน่วยนับคือ มิลลิลิตร โดยให้ระบุ ความแรงและขนาดบรรจุมาด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอซื้อ
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง **ทุกครั้ง** ดังนี้

- 1) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ
- 2) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (ถ้ามี)



แบบฟอร์มคำรับรองการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4/ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม / โรคศิลปะเลขที่.....บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการเลขที่
.....วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอยถนนตำบล

อำเภอ จังหวัดรหัสไปรษณีย์..... โทร.....

สถานพยาบาล / ร้านขายยา ที่นำวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้ ชื่อตั้งอยู่เลขที่.....

ซอยถนนตำบลอำเภอ.....

จังหวัดรหัสไปรษณีย์..... โทร.....

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....

ใบอนุญาตดำเนินกิจการสถานพยาบาล เลขที่

ไม่มีใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

มีใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์/ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

มีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....
ขอยื่นคำขอซื้อต่อ บริษัทเพื่อขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

หรือ 4 หรือ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ดังนี้

1. ชื่อยา ปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน
(จำนวนเป็นตัวอักษร))

2. ชื่อยา ปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน
(จำนวนเป็นตัวอักษร))

3. ชื่อยา ปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน
(จำนวนเป็นตัวอักษร))

4. ชื่อยา ปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน
(จำนวนเป็นตัวอักษร))

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ เป็นความจริงทุกประการ

.....ลงนามผู้ซื้อ
(.....)

ID สถานประกอบการ ID ผู้ดำเนินกิจการ หมายเลขเอกสาร หมายเลขใบกำกับสินค้า หมายเลขใบกำกับสินค้าเป็น(ผู้ครอบครอง) วันที่ พ.ศ. 2556

คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

ข้าพเจ้า นายวันดี ปิโทม บัตรประชาชนบัตรข้าราชการเลขที่ 7899 56789 10 พ.น. 51 บัตรหมอนอยุ่ 9 พ.น. 57 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 189/6 ซอย ถนน แขวง เขต กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 0 2123 4561 จัหวัด กทม. โรงพยาบาลชื่อ ตั้งอยู่เลขที่ ถนน แขวง เขต กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 0 2123 4561 ขอยื่นคำขอต่อเสนาธิการคณะกรรมการและยา เพื่อขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ดังต่อไปนี้

Table with 5 columns: ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2, ชนิดและความแรง, ปริมาณ, หน่วย, ปริมาณที่พึงเพื่อ, หน่วย, ปริมาณ, ชนิดรายการใช้ที่เดือน (3 เดือนก่อนหลัง) เดือน

- ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อดังนี้
() 1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ อื่นๆ
() 2. สำเนาใบอนุญาตให้สถานพยาบาล
() 3. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
() 4. สำเนาใบอนุญาตให้ไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
() 5. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อ
() 6. หนังสือแจ้งความแจ้งความแจ้งความซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีหน่วยงานราชการ)
() 7. ประณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ผู้ซื้อจำนวน 2 ฉบับ
กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาซื้อ
() 8. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
() 9.1 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการดังกล่าว
() 9.2 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการดังกล่าว
() 9.3 สำเนาหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการดังกล่าว
() 9.4 สำเนางานราชการให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น

การรับวัตถุออกฤทธิ์
() ให้นำเงินและค่าธรรมเนียมการอาหารและยาส่งทางพัสดุไปรษณีย์ () มารับเอง
() มอบอำนาจ โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า
ในการรับวัตถุออกฤทธิ์ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับ-ส่งวัตถุออกฤทธิ์ให้ข้าพเจ้าทุกประการ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ เป็นความจริงทุกประการ
วันที่ ปิโทม นายวันดี ปิโทม ลงนามผู้ซื้อ

Table with 3 columns: ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2, ปริมาณที่ความมุ่งมิ, อนุมัติจำนวน, หมายเลข

หลักฐานประกอบคำขอซื้อ (แบบ ข.วง 1)
(สำเนาใบอนุญาตทุกฉบับต้องอยู่เป็นปัจจุบันและให้ผู้อยู่ครองลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวพนักงานของรัฐ หรือ บัตรประชาชนของผู้ซื้อ
2. ประณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ผู้ซื้อจำนวน 2 ใบ
หน่วยงานราชการ
3. หนังสือแจ้งความแจ้งความซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 และสำเนาใบอนุญาตนำยา
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
มิใช่หน่วยงานราชการ
4. สำเนาใบอนุญาตให้ไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์(ถ้ามี)
5. สำเนาใบอนุญาตน 3 ฉบับ คือ (1) ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ (2) ให้ตั้งสถานพยาบาล และ (3) ให้ดำเนินการสถานพยาบาล
หลักฐานประกอบการมอบอำนาจในการรับวัตถุออกฤทธิ์
6. หนังสือมอบอำนาจ ให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น
7. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวพนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
8. หนังสือมอบอำนาจ ให้กระทำการดังกล่าว หรือ มากกว่าครั้งเดียว พร้อมติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาให้มารับวัตถุออกฤทธิ์ให้หลายครั้งต้องส่งสำเนาหนังสือมอบอำนาจมายังทุกครั้งที่มารับวัตถุออกฤทธิ์

สำหรับเจ้าหน้าที่
() สำหรับเจ้าหน้าที่
() สำหรับเจ้าหน้าที่
() ยื่นเพิ่มเติมวันที่
ความเพิ่มเติม
() หลักฐานครบ เจ้าหน้าที่
() หลักฐานไม่ครบ เจ้าหน้าที่
() ยื่นเพิ่มเติมวันที่

ตัวอย่างการกรอกคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

แบบ ย.ส. 4

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่ โรงพยาบาลรักดี

วันที่ 12 เดือน มี.ค. พ.ศ. 2556

ข้าพเจ้า โรงพยาบาลรักดี ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ
..... นายรักชาติ ลือสัตย์ ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่ง
ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามใบอนุญาตที่ พท.-ยส. 2.1/2550 หมวด ก
ณ สถานที่ชื่อ โรงพยาบาลรักดี อยู่เลขที่
ตรอก/ซอย - ถนน พหลโยธิน หมู่ที่ 7
ตำบล/แขวง ปทุมวัน อำเภอ/เขต ปทุมวัน
จังหวัด กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-1234567

ขอยื่นคำร้องต่อเลขานุการเพื่อขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามรายการดังต่อไปนี้ จำนวน.....เพียง สถานบำบัด

ชื่อของสิ่งปรุง	ปริมาณของสิ่งปรุง	ชื่อยาเสพติดให้โทษ	ปริมาณของยาเสพติดให้โทษคิดเป็นร้อยละ	ปริมาณยาเสพติดให้โทษ (ระบุเป็นหน่วย Amp, Tab, Cap, Patch)			
				ที่ขอซื้อ	ที่ได้รับแต่ต้นปีถึงวันนี้	ที่ได้จำหน่ายแต่ต้นปีถึงวันนี้	ที่คงเหลือ
Morphine inj 10 mg	-	Morphine	-	3,000	31,000	29,000	1,230

ขอรับรองว่ายาที่ขออนุญาตซื้อนี้ไม่เกินปริมาณซึ่งข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้มีได้

(ลายมือชื่อ)..... นายรักชาติ ลือสัตย์ (ผู้ขอซื้อ)

ใบรับรองสำหรับตัวแทนในกรณีที่ได้รับอนุญาตไม่ได้มารับยาด้วยตัวเอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า..... นางสาวจริงใจ ใส่อื่อ ผู้นำคำร้องมายื่นนี้

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าในการรับยาข้างบนนี้ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับยาและนำส่งให้ข้าพเจ้าโดยเรียบร้อย

(ลายมือชื่อ)..... นายรักชาติ ลือสัตย์ (ผู้ขอซื้อ)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาอนุมัติ

ชื่อยาเสพติดให้โทษ	ปริมาณที่ควรอนุมัติ	อนุมัติจำนวน	หมายเหตุ
ลงชื่อผู้พิจารณาเสนอขออนุมัติ..... วันที่.....		ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....	

แบบ ย.ส. ๕

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ /
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ เลขที่.....
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

.....
.....
.....
.....

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด)

.....

อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองฯ เลขที่

รายงานประจำเดือน พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต สถานที่ชื่อ
 อยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

แบบ ป.จ. 9 หน้า

วันเดือนปี	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่หรือ อักษรของ ครั้งที่ผลิต	หมายเลข วัตถุประสงค์	ได้จาก	จ่ายไปให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ (ระบุหน่วย Amp, Tab, Cap)			ผู้รับใบอนุญาต
							รับ	จ่าย	คงเหลือ	
วันที่ 1					อย	ยอดคงเหลือจากเดือนที่แล้ว (หน่วย.....) รับยาในเดือนนี้ (หน่วย.....)				
วันที่					อย.	จ่ายผู้ป่วย.....ราย ตามแบบ บจ 8 ที่เก็บไว้ที่สถานพยาบาล				
วันที่ 1 -										
สรุป										
วันที่ 1					อย	ยอดคงเหลือจากเดือนที่แล้ว (หน่วย.....) รับยาในเดือนนี้ (หน่วย.....)				
วันที่					อย.	จ่ายผู้ป่วย.....ราย ตามแบบ บจ 8 ที่เก็บไว้ที่สถานพยาบาล				
วันที่ 1 -										
สรุป										

ใบอนุญาตให้ไม่มีไว้ในครอบครองฯ เลขที่.....

รายงานประจำปี พ.ศ.....

ชื่อผู้รับอนุญาต สถานةชื่อ
 อยูเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

แบบ บ.จ. 10

หน้า

ลำดับ	ชื่อวัตถุประสงค์	ปริมาณวัตถุประสงค์ (ระบุหน่วย Amp, Tab, Cap)			ผู้รับใบอนุญาต
		รับ	จ่าย	คงเหลือ	
	ชื่อการค้า..... มกราคม กุมภาพันธ์ มีนาคม เมษายน พฤษภาคม มิถุนายน กรกฎาคม สิงหาคม กันยายน ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม	ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....= ยอดยกมา.....+รักษา.....=			
	สรุป				



ที่ สธ ๑๐๐๓.๒/ว ๒๓๖๙

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง การขออนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาลสังกัดหน่วยราชการอื่น
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ สธ ๑๐๐๓.๓/ว ๙๓๑ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถาบันทางราชการตามมาตรา ๑๗(๓) และมาตรา ๖๓(๓)
แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. เอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์เพื่อใช้
ในสถานพยาบาล (สำหรับกรณีที่ไม่ใช่สถานพยาบาลเอกชน) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเวียนแจ้งสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดถึงข้อปฏิบัติในการขออนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาล
สังกัดหน่วยราชการอื่น รายละเอียดแจ้งแล้วนั้น เพื่อเพิ่มความชัดเจนในข้อปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลที่มี
ความประสงค์จะใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ได้ จึงขอเรียนเพิ่มเติมดังนี้

๑. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม
หรือสถาบันอื่นของทางราชการตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาดังปรากฏในสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑
สามารถมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ได้
โดยไม่ต้องขอรับใบอนุญาต

๒. สถานพยาบาลในสังกัดหน่วยราชการอื่น เช่น มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ องค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ฯลฯ จะต้องยื่นคำขอรับใบอนุญาตฯ และเอกสารประกอบคำขอ ณ กองควบคุม
วัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีรายการเอกสารปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒
พร้อมชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ จำนวน ๑๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและมอบหมายผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

นายพงศ์พันธ์ วงศ์มณี

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

กองควบคุมวัตถุเสพติด

โทร. / โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๗๓๔๕



ที่ สธ ๑๐๐๓.๓/ว ๑๒๖๔

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

เรื่อง การทำลายวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์

เรียน ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
ผู้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ สธ ๑๐๐๔.๓/ว ๗๕๕๔ ลงวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๑

ตามที่อ้างถึง สำนักงานฯ ได้จัดทำหนังสือเวียนชี้แจงกรณีการทำลายวัตถุเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งผู้รับอนุญาตฯ ไม่ประสงค์ครอบครองต่อไป เนื่องด้วยต้องการยกเลิกใบอนุญาตฯ หรือเลิกกิจการ หรือวัตถุเสพติดดังกล่าวหมดอายุ เสื่อมคุณภาพ เสียหาย เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงข้อปฏิบัติในการทำลายวัตถุเสพติดทางการแพทย์ แต่ที่ผ่านมาพบว่ายังมีผู้รับอนุญาตฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติดังกล่าว นั้น สำนักงานฯ จึงขอเน้นย้ำข้อปฏิบัติในการทำลายวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยึดปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

๑. กรณีสถานพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

๑.๑ ผู้รับอนุญาตฯ จัดทำหนังสือมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot.No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวันเวลา และสถานที่ที่ต้องการทำลาย เพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๑.๒ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติดจะแจ้งให้ผู้รับอนุญาตฯทราบและในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบวัตถุเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot.No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด และเก็บรูปไว้เป็นหลักฐาน เพื่อยืนยันการทำลายให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป

๒. กรณีสถานพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล และส่วนภูมิภาค

๒.๑ ผู้รับอนุญาตฯ จัดทำหนังสือมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งชนิดของวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot.No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวันเวลา และสถานที่ที่ต้องการทำลายเพื่อขออนุมัติการทำลายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

/๒.๒ เมื่อ

๒.๒ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งให้ผู้ได้รับอนุญาตฯ ทราบและในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบวัตถุเสพติดที่จะทำลายเลขที่ผลิต (Lot.No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติด และถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป

หากพบว่าท่านมีเจตนาที่จะฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติข้อปฏิบัติข้างต้น สำนักงานฯ จะถือว่าท่านไม่ป้องกันตามสมควรเพื่อไม่ให้สูญหาย หรือมีการนำเอาไปใช้โดยมิชอบ และจะพิจารณาพักใช้ใบอนุญาตฯ ของท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นายพงศ์พันธ์ วงศ์มณี

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

กองควบคุมวัตถุเสพติด

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๗๓๓๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๗๗๔๑

