

## ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบบัญชีและแบบรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการ  
จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบบัญชีและแบบรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๘ แห่งกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการ อย. จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จัดให้มีการทำบัญชีสำหรับกิจการที่ได้รับอนุญาตตามแบบท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

(๒) กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๒

(๓) กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๓

ผู้รับอนุญาตอาจจัดทำบัญชีแตกต่างจากแบบตามวรรคหนึ่งก็ได้ แต่อย่างน้อยต้องมีข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในแบบ

ข้อ ๓ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จัดให้มีการทำรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการที่ได้รับอนุญาตเป็นรายเดือนตามแบบท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

(๒) กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๒

(๓) กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๓

ข้อ ๔ ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ที่มีเหตุจำเป็นต้องจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายกรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์รายอื่น หรือผู้รับอนุญาตจำหน่ายกรณี

การเป็นหน่วยกระจายยาในเครือข่ายเดียวกัน ให้รายงานผลการจำหน่ายทุกครั้งที่มีการจำหน่าย  
การรายงานให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

ข้อ ๕ การยื่นรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการตามประกาศนี้ ให้ดำเนินการตามกฎหมาย  
ว่าด้วยการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ ในกรณีที่มีเหตุไม่สามารถดำเนินการโดยวิธีการ  
ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ให้ดำเนินการ ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สุรโชค ต่างวิวัฒน์

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์  
ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต | ได้มาจาก | จำหน่ายให้            |                                                                                     | จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒* |     |      |         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|
|              |                                                                              |            |                                 |          | ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา | เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/<br>หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น<br>ที่ทางราชการออกให้ | ยอดยกมา                                                        | รับ | จ่าย | คงเหลือ |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต | ได้มาจาก | จำหน่ายให้                |                | จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒* |     |      |         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|----------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|
|              |                                                                              |            |                                 |          | ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา | ใบอนุญาตเลขที่ | ยอดยกมา                                                        | รับ | จ่าย | คงเหลือ |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                           |                |                                                                |     |      |         |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต | ชื่อผู้ผลิต/<br>แหล่งผลิต | ได้มาจาก | จำหน่ายให้                |                | จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒* |     |      |         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|
|              |                                                                              |                                 |                           |          | ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา | ใบอนุญาตเลขที่ | ยอดยกมา                                                        | รับ | จ่าย | คงเหลือ |
|              |                                                                              |                                 |                           |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |                                 |                           |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |                                 |                           |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |                                 |                           |          |                           |                |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |                                 |                           |          |                           |                |                                                                |     |      |         |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต<br>(ถ้ามี) | ได้มาจาก | จำหน่ายให้ | จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ |     |      |         | หน่วย* | หมายเหตุ** |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------|------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|--------|------------|
|              |                                                                              |            |                                            |          |            | ยอดยกมา                                                         | รับ | จ่าย | คงเหลือ |        |            |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |            |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |            |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |            |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |            |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |            |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :

- (๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ
- (๒) \*\*กรณีจำหน่ายให้สถานพยาบาลผู้รับอนุญาตจำหน่ายรายอื่นในกรณีมีเหตุจำเป็น ให้ระบุเหตุจำเป็นในช่องหมายเหตุ เช่น ยาขาดชั่วคราว
- (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต<br>(ถ้ามี) | ได้มาจาก | จำหน่ายให้ | จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ |     |      |         | หน่วย* | หมายเหตุ |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------|------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|--------|----------|
|              |                                                                              |            |                                            |          |            | ยอดยกมา                                                         | รับ | จ่าย | คงเหลือ |        |          |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |            |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า<br>(ถ้ามี) | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต<br>(ถ้ามี) | ได้มาจาก | จำหน่ายให้ | จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ |     |      |         | หน่วย* | หมายเหตุ |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|----------|------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|--------|----------|
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            | ยอดยกมา                                                         | รับ | จ่าย | คงเหลือ |        |          |
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |
|              |                                                                              |                       |                                            |          |            |                                                                 |     |      |         |        |          |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก