

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน....มกราคม..... พ.ศ.๒๕๖๘.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต..... หมอटीใจคลินิกเวชกรรม..... ใบอนุญาตเลขที่..... 100/2568.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
3 มค 68	Methylphenidate HCl tablets 10 mg	Ritalin tablets 10 mg (200 tab/box)	BE210	อย				2,400 เม็ด		2,400 เม็ด
5 มค 68			BE210		ด.ญ.พิมพ์ เก่งการดี	เลขที่ ปชช 1112223334440			30	2,370
7 มค 68			BE210		ด.ช.ต้นตาล คล่องแคล่ว	เลขที่ ปชช 1115556667771			30	2,340
20 มค 68			BE210		โรงพยาบาล กอไก่	ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2 เลขที่ 89/2568			60	2,280

(ลายมือชื่อ) ดีใจ (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(.....นพ. ดีใจ..จริงจริง.....)

หมายเหตุ :

(๑) *ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน....มกราคม..... พ.ศ.๒๕๖๘....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต..... หมอटीใจคลินิกเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่..... 100/2568

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่น ที่/ครั้งที่ ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
3 มค 68	Pseudoephedrine syrup 30 mg	Pseudoephedrine HCl syrup 30 mg/5 ml	959524	อย				100 ขวด		100 ขวด
5 มค 68					ด.ญ. หนูน้อย น่ารัก	เลขที่ บขช 1112228882211			1	99
6 มค 68					ด.ช. ต้นตาล คล่องแคล่ว	เลขที่ บขช 1113339993445			1	98

ดีใจ

(ลายมือชื่อ) (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(..... นพ. ดีใจ..จริงจริง.....)

หมายเหตุ :

(๑) *ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๘..

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....หมอดิใจคลินิกเวชกรรม.....ใบอนุญาตเลขที่.....100/2568.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ**
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
3 ม.ค.68	Methylphenidate HCl tablets 10 mg	Ritalin tablets 10 mg (200 tab/box)	BE210	อย			2,400			เม็ด	
3-31 ม.ค. 68					ผู้ป่วย จำนวน 2 คน รายละเอียด ตามบัญชีรับจ่าย แบบ บ.ย.ส. ๒/ ว.จ. ๒ - จด เดือนมกราคม 2568			60	2,340	เม็ด	
					โรงพยาบาล กอไก่ ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2 เลขที่ 89/2568			60	2,280	เม็ด	เนื่องจาก รพ. กอไก่ ยาขาด
3 ม.ค.68	Pseudoephedrine syrup 30 mg	Pseudoephedrine HCl syrup 30 mg/5 ml	959524	อย			100			ขวด	
3-31 ม.ค. 68					ผู้ป่วย จำนวน 2 คน รายละเอียด ตามบัญชีรับจ่าย แบบ บ.ย.ส. ๒/ ว.จ. ๒ - จด เดือนมกราคม 2568			2	98	ขวด	

ดีใจ
(ลายมือชื่อ) (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
(.....นพ. ดีใจ..จริงจริง.....)

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

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา

ประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับอนุญาตเป็นหน่วยกระจายยา
ให้กับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก ในจังหวัด
นครราชสีมา

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)

☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบอนุญาตเลขที่ 1/2568 (หน่วยกระจายยา)

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา	ใบอนุญาตเลขที่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 ม.ค.68	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp	Morphine sulfate inj 10 mg/ml/amp	68BKX	อย			5 amp			
3 ม.ค.68	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp	Morphine sulfate inj 10 mg/ml/amp	73BKX	อย				3,000 amp		
4 ม.ค.68			68BKX 73BKX		โรงพยาบาล บัวลาย	นม 10/2568			5 20	- 2,980
6 ม.ค.68			73BKX		โรงพยาบาล เทพารักษ์	นม 8/2568			20	2,960
15 ม.ค.68			73BKX		โรงพยาบาล เก่งสนามนาง	นม 11/2568			20	2,940
16 ม.ค.68			73BKX		โรงพยาบาล ห้วยแถลง	นม 16/2568			20	2,920
					โรงพยาบาล โนนแดง	นม 20/2568			30	2,890
25 ม.ค.68			73BKX		โรงพยาบาล วังน้ำเขียว	นม 18/2568			30	2,860

..... (ลายมือชื่อ) งามอาจ (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
(.....นพ งามอาจ เมตตารธรรม.....)

หมายเหตุ :

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

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา

ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ. ๒๕๖๘

โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ได้รับอนุญาตเป็นหน่วยกระจายยา
ให้กับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก ในจังหวัด
นครราชสีมา

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา.....ใบอนุญาตเลขที่.....1/2568 (หน่วยกระจายยา).....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
1 ม.ค.68	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp	Morphine sulfate inj10 mg/ml/amp	68BKX	อย		5				amp	
3 ม.ค.68	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp	Morphine sulfate inj10 mg/ml/amp	73BKX	อย			3,000			amp	
1-31 ม.ค. 68			68BKX 73BKX		โรงพยาบาลในเครือข่าย จำนวน 6 รายการ รายละเอียดตามบัญชี จำหน่าย ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๒ เดือนมกราคม 2568			145	2,860	amp	

องอาจ
(ลายมือชื่อ) (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
(.....นพ องอาจ เมตตารธรรม.....)

หมายเหตุ :

- (๑) *ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล้อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ
- (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....มกราคม..... พ.ศ.๒๕๖๘.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต..... โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาใบอนุญาตเลขที่..... นม 3/2568

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
3 มค 68	Morphine sulfate injection 10 mg/mL/amp	Morphine sulfate inj 10mg/mL/amp	73BKX	อย				4,000 amp		
5 มค 68					นายการุณ มโนมาก	เลขที่ บชช 5112223334440			5	
7 มค 68					นางสมสี สวยงาม	เลขที่ บชช 3315556667771			2	3,993
20 มค 68					โรงพยาบาล ปากช่อง นานา	ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติด ให้โทษในประเภท 2 เลขที่ นม 2/2568			10	3,983

(ลายมือชื่อ) องอาจ (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
(.....นพ องอาจ เมตตาธรรม.....)

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

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ. ๒๕๖๘.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....โรงพยาบาลมหาสารคาม.....ใบอนุญาตเลขที่.....นม 3/2568.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออก ฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มา จาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ**
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
3 ม.ค.68	Morphine sulfate injection 10 mg/ml/amp	Morphine sulfate inj 10 mg/ml/amp	73BKX	อย			4,000			amp	
1-31 ม.ค. 68					ผู้ป่วย จำนวน 2 คน รายละเอียด ตามบัญชีรับจ่าย แบบ บ.ย.ส. ๒/ ว.จ. ๒ - จ๑ เดือนมกราคม 2568			7	3,993	amp	
					โรงพยาบาล ปากช่องนานา ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 เลขที่ นม 2/2568			10	3,983	amp	เนื่องจาก รพ.ปากช่อง นานา ยาขาด

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

(.....นพ องอาจ เมตตาธรรม.....)

หมายเหตุ :

(๑) *ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ

(๒) **กรณีจำหน่ายให้สถานพยาบาลผู้รับอนุญาตจำหน่ายรายอื่นในกรณีมีเหตุจำเป็น ให้ระบุเหตุจำเป็นในช่องหมายเหตุ เช่น ยาขาดชั่วคราว

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

ตัวอย่างการจัดทำบัญชี และรายงาน ของผู้รับอนุญาตจำหน่ายตามแบบที่ออกตามกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

โดย กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ. ๒๕๖๘

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักยาและวัตถุเสพติด.....ใบอนุญาตเลขที่.....1/2568

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา	ใบอนุญาตเลขที่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 ม.ค. 68	Morphine Standard 1000 µg/mL	001	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	-			20 amp			
8 ม.ค. 68	Morphine Standard 1000 µg/mL	001	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	-	มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิทยาศาสตร์ การวิเคราะห์และตรวจ สารในการกีฬา	ใบอนุญาตมีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เลขที่ คยส2 3/2565			2	18

(ลายมือชื่อ) สมจริง (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(.....นายสมจริง สิริพานิช.....)

หมายเหตุ :

(๑) *ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด
ประจำเดือน.....มกราคม.....พ.ศ. ๒๕๖๘

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
ชื่อผู้รับอนุญาต.....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักยาและวัตถุเสพติด.....ใบอนุญาตเลขที่.....1/2568

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท ๒	ชื่อการค้า (ถ้ามี)	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
1 ม.ค. 68	Morphine Standard 1000 µg/mL	Morphine Standard 1000 µg/mL	001	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์		20				amp	
8 ม.ค. 68	Morphine Standard 1000 µg/mL	Morphine Standard 1000 µg/mL	001	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	ผู้ได้รับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จำนวน 1 ราย รายละเอียดตามบัญชีรับจ่าย แบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ – จต เดือนมกราคม 2568			2	18	amp	

(ลายมือชื่อ) สมจริง (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
(.....นายสมจริง สิริพานิช.....)

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