

บันทึกการตรวจสถานที่จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ ๒

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลาตรวจ.....น.

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามความในมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ผู้มีรายชื่อต่อไปนี้

๑.
๒.
๓.
๔.

ได้มาตรวจสถานที่ที่มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ชื่อ.....

เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล

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

ชื่อผู้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ใบอนุญาตเลขที่..... (หมวด ก., หมวด ข., หมวด ค.)

ออกให้ ณ วันที่เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

ใบประกอบโรคศิลปะเลขที่.....ขณะทำการตรวจ [] อยู่ [] ไม่อยู่

[] พบ.....ใบประกอบโรคศิลปะเลขที่.....ปฏิบัติการแทน

มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อวัตถุประสงค์ใช้ในการรักษาพยาบาล

ปรากฏผลการตรวจและบันทึกไว้ดังต่อไปนี้

๑. บัญชีรับ/จ่าย

ตามแบบ ย.ส. ๖ (รายเดือน) มี ไม่มี บกพร่อง

ตามแบบ ย.ส. ๗ (รายปี) มี ไม่มี บกพร่อง

๒. การเก็บรักษาบัญชีตาม (๑) มีไว้พร้อมที่จะแสดงต่อ มี ไม่มี บกพร่อง

พนักงานเจ้าหน้าที่ทุกเวลาในขณะที่เปิดทำการ
(ภายใน ๕ ปีนับตั้งแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี)

๓. จัดเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ไว้เป็นสัดส่วน มี ไม่มี บกพร่อง

ซึ่งมั่นคงแข็งแรงและมีกุญแจไว้หรือเครื่องป้องกัน
อย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน

๔. จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใช่ ไม่ใช่

เฉพาะในสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

๕. ใบสั่งจ่ายยาตามแบบ (ย.ส. ๕) มี ไม่มี บกพร่อง

สำหรับบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนไข้ของผู้รับอนุญาต

๖. หนังสือแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบในกรณียาเสพติดให้โทษ มี ไม่มี

ถูกโจรกรรมหรือสูญหาย

ไม่เคยมีการถูกโจรกรรมหรือสูญหาย

๗. ฉลาก/เอกสารกำกับยา มี ไม่มี

สรุปผลการตรวจ

๑. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบการจัดทำรายงานประจำเดือน (ย.ส.๖) และรายงานประจำปี (ย.ส.๗) พบว่าสถานพยาบาล (มี/ไม่มี) การจัดทำเสนอสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒. (กรณีมีการจัดทำรายงาน) เจ้าหน้าที่ได้สุ่มตรวจสอบรายชื่อคนไข้จากรายงานประจำเดือน.....
ที่ได้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ชื่อ.....
จำนวน.....ราย เพื่อตรวจสอบเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียน ผลการตรวจสอบ พบว่าถูกต้องตรงกัน..... ราย
ไม่ถูกต้องตรงกัน.....ราย โดยพบว่า.....

รายละเอียดตามบันทึกคำให้การแนบท้าย

๓. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ คงเหลือพบปริมาณ(สอดคล้อง/ไม่สอดคล้อง) ตาม
รายงานที่เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการกระจายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่มีการรายงานว่าสถานพยาบาลมีการสั่งซื้อ
ในช่วงวันเวลา.....พบว่าสถานพยาบาลมีการสั่งซื้อ (จริง/ไม่จริง) รายละเอียดตามข้อมูลการ
กระจายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่แนบมาพร้อมนี้

๕. อื่นๆ.....
.....
.....
.....

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจ มิได้บังคับขู่脅 หรือทำร้ายร่างกาย หรือได้ทำให้ทรัพย์สิน
ของผู้รับอนุญาตที่อยู่ในที่นี้ สูญหายหรือเสียหาย หรือยึดเอามาเป็นของส่วนตัวแต่อย่างใด อ่านแล้วขอรับรองว่าถูกต้อง จึง
ได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทน
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

รายละเอียดแนบท้ายบันทึกการตรวจฯ

รายชื่อผู้ป่วยที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียนจากสถานพยาบาล ชื่อ
วันที่ตรวจ.....

ลำดับ	ชื่อ สกุล	อายุ	ข้อมูลการจ่าย ยส.ตามรายงาน ประจำเดือน (ย.ส.๖)	ข้อมูลในเวชระเบียน	สรุป
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					
๖					
๗					
๘					
๙					
๑๐					

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทน
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)