



บันทึกการตรวจสถานพยาบาลที่มีการใช้วัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....

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

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามความในมาตรา 74 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

ผู้มีรายชื่อดังต่อไปนี้

1.
2.
3.
4.

ได้มาตรวจสถานที่ชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

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

รายละเอียดเกี่ยวกับการได้รับอนุญาต ฯ

ประเภทใบอนุญาต ฯ	เลขที่ใบอนุญาต ฯ	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินการ/ ผู้ได้รับมอบหมายให้ ดำเนินการ	ให้ไว้ ณ วันที่	ใช้ได้ถึงวันที่
ขายวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2					
ครอบครอง วัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท 3					
ครอบครอง วัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท 4					

ชื่อผู้มีหน้าที่ดำเนินการตามใบอนุญาตขณะทำการตรวจ [] อยู่ [] ไม่อยู่

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

ปรากฏผลการตรวจและบันทึกไว้ดังต่อไปนี้

1. การจัดทำบัญชีและรายงาน

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

1) บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (บ.ว.จ.2-ขพ) [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง

(สำหรับผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์)

2) รายงานเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำเดือน (ร.ขจ.2/เดือน) [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง

3) รายงานเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำปี (ร.ขจ.2/ปี) [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4

1) บัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีไว้ในครอบครอง (บ.ว.จ.-คค1) [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง

2) รายงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ประจำเดือน [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง

(ร.ว.จ.3/4/เดือน)

- 3) รายงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ประจำปี [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง (ร.ว.จ.3/4/ปี)
- 2. วัตถุประสงค์ในการขายหรือให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์สำหรับกิจการเพื่อ.....
- 3. ปริมาณที่มีไว้ในครอบครอง.....
- 4. มีการแยกเก็บวัตถุออกฤทธิ์เป็นส่วนส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง
- 5. จัดให้มีการป้องกันตามสมควรเพื่อมิให้วัตถุออกฤทธิ์ [] มี [] ไม่มี [] บกพร่อง
สูญหายหรือนำไปใช้โดยมิชอบ

สรุปผลการตรวจ

- 1. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบการจัดทำบัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ รายงานประจำเดือน และรายงานประจำปี พบว่าสถานพยาบาล (มี/ ไม่มี) การจัดทำเสนอสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 2. (กรณีมีการจัดทำบัญชีและรายงาน) เจ้าหน้าที่ได้สุ่มตรวจสอบรายชื่อคนไข้จากบัญชีรับจ่ายวัตถุออกฤทธิ์ ประจำเดือนที่ได้รับวัตถุออกฤทธิ์ชื่อ.....จำนวน.....ราย เพื่อตรวจสอบเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียน ผลการตรวจสอบพบว่าถูกต้องตรงกัน..... ราย ไม่ถูกต้องตรงกัน.....ราย โดยพบว่า.....
- 3. รายละเอียดตามบันทึกคำให้การแนบท้าย
- 5. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบปริมาณวัตถุออกฤทธิ์คงเหลือพบปริมาณ (สอดคล้อง/ไม่สอดคล้อง) ตามรายงานที่ เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 6. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการกระจายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีการรายงานว่าสถานพยาบาลมีการสั่งซื้อ ในช่วงวันเวลาพบว่าสถานพยาบาลมีการสั่งซื้อ (จริง/ไม่จริง) รายละเอียดตามข้อมูลการกระจาย วัตถุออกฤทธิ์ฯ ที่แนบมาพร้อมนี้
- 7. อื่นๆ

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจ มิได้บังคับขู่เข็ญหรือทำร้ายร่างกาย หรือทำให้ทรัพย์สินของผู้รับอนุญาตสูญหาย หรือเสียหาย หรือยึดเอามาเป็นของส่วนตัวแต่อย่างใด อ่านให้ฟังแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ/ผู้แทน
(.....)

ลงนาม..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงนาม..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงนาม..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงนาม..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงนาม..... พยาน
(.....)

ลงนาม..... พยาน
(.....)

รายละเอียดแนบท้ายบันทึกการตรวจฯ

รายชื่อผู้ป่วยที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียนจากสถานพยาบาล ชื่อ

วันที่ตรวจ.....

ลำดับ	ชื่อ สกุล	อายุ	ข้อมูลตาม บช. รับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์	ข้อมูลในเวชระเบียน	สรุป
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทน

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)