

**กรณีหน่วยงานรัฐ จำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

- กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง จำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา
- กรณีผู้รับอนุญาตให้จำหน่าย จำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่มีไข้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา

ประจำเดือน ... เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต ..สถาบันโรคทรวงอก.. ใบอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ .....3/63.... หมวด .....-.....  
 สถานที่ชื่อ สถาบันโรคทรวงอก ตั้งอยู่เลขที่ 74 ตรอก/ซอย.... ถนน ติวานนท์ หมู่ที่ ตำบล/แขวง บางกระสอบ อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด นนทบุรี..

วัน เดือน ปี	ชื่อ/ความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้			ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*		
					ชื่อผู้รับยา	อายุ	ที่อยู่	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 เม.ย. 64	Fentanyl citrate/ 0.5mg/10 ml, 10 ml ampoule	BN1004	Hameln, Slovakia	อย.	นายประชา รักขาวงค์	58	123 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,050 แอมพูล	30 แอมพูล	1,020 แอมพูล
2 เม.ย. 64	Morphine sulfate/ 10 mg/ ml, 1 ml ampoule	JN1004	บริษัท เอ็มแอนด์เอช แมนูแฟคเจอร์ จำกัด/ ไทย	อย.	นางดี ทองงาม	46	345 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,020 แอมพูล	20 แอมพูล	1,000 แอมพูล
3 เม.ย. 64	Morphine extended release capsule (Kapanol) 20 mg capsule	CB3014	Mayne Pharma International, Australia	อย.	นายเสริม เขียวแก้ว	35	678 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	2,800 แคปซูล	28 แคปซูล	2,772 แคปซูล

(ลายมือชื่อ) .....AAA BBBB..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....AAA BBBB.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**กรณี รพ.เอกชน/คลินิกเอกชน จำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

- กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง จำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา
- กรณีผู้รับอนุญาตให้จำหน่าย จำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่มีไข้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา

ประจำเดือน ... เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต ....นายพรชัย รักษาดี..... ใบอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ .....1/63.... หมวด .....-.....  
 สถานที่ชื่อ โรงพยาบาลพรชัยเวชกรรม ตั้งอยู่เลขที่ 321 ตรอก/ซอย ถนน สวณลม หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง นางขุนเทียน อำเภอ/เขต จอมทอง จังหวัด กรุงเทพฯ...

วัน เดือน ปี	ชื่อ/ความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้			ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*		
					ชื่อผู้รับยา	อายุ	ที่อยู่	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 เม.ย. 64	Fentanyl citrate/ 0.5mg/10 ml, 10 ml ampoule	BN1004	Hameln, Slovakia	อย.	นายปรีชา คล้ายอยู่	56	123 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,050 แอมพูล	30 แอมพูล	1,020 แอมพูล
2 เม.ย. 64	Morphine sulfate/ 10 mg/ ml, 1 ml ampoule	JN1004	บริษัท เอ็มแอนด์เอ็ช แมนูแฟคเจอร์ริง จำกัด, ไทย	อย.	นางกลอย บางจัน	47	345 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,020 แอมพูล	20 แอมพูล	1,000 แอมพูล
3 เม.ย. 64	Morphine sulfate/ 10 mg/ ml, 1 ml ampoule	JN1004	บริษัท เอ็มแอนด์เอ็ช แมนูแฟคเจอร์ริง จำกัด, ไทย	อย.	นางฉลวย มุกสูงเนิน	62	587 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,000 แอมพูล	10 แอมพูล	900 แอมพูล

(ลายมือชื่อ) .....พรชัย รักษาดี..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....นายพรชัย รักษาดี.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**กรณีการจำหน่ายแก่บุคคลภายนอกที่มีไข้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

- กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง จำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา
- กรณีผู้รับอนุญาตให้จำหน่าย จำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่มีไข้ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา

ประจำเดือน ... เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต .....นายพรชัย รักษาดี..... ใบอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ .....1/63.... หมวด .....-.....

สถานที่ชื่อ โรงพยาบาลพรชัยเวชกรรม ตั้งอยู่เลขที่ 321 ตรอก/ซอย ถนน สายลม หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง บางขุนเทียน อำเภอ/เขต จอมทอง จังหวัด กรุงเทพฯ

วัน เดือน ปี	ชื่อ/ความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้			ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*		
					ชื่อผู้รับยา	อายุ	ที่อยู่	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 เม.ย. 64	Fentanyl Patch (25 mcg/h)	BN1007	Sandoz Canada Inc.	อย.	นายอภัย คงมณี	58	789 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	150 แผ่น	5 แผ่น	145 แผ่น
2 เม.ย. 64	Morphine sulfate SR (MST) 10 mg tablet	JN1005	Napp Pharmaceuticals Limited, UK	อย.	นางวรรณมา มีสุข	46	654 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	1,030 เม็ด	30 เม็ด	1,000 เม็ด

(ลายมือชื่อ) .....พรชัย รักษาดี..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....นายพรชัย รักษาดี.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**ครอบครอง เพื่อผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓  
 ประจำเดือน ..เมษายน.... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต .....บริษัท ผลิตยาดี จำกัด..... ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ ...3/62.... หมวด .....-.....  
 สถานที่ชื่อ ..บริษัท ผลิตยาดี จำกัด.. ตั้งอยู่เลขที่ ..123. ตรอก/ซอย ...-.... ถนน ..ติวานนท์.. หมู่ที่ ..-.. ตำบล/แขวง ..ตลาดขวัญ.. อำเภอ/เขต ...เมือง.. จังหวัด ...นนทบุรี.....

วัน เดือน ปี	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต (วัตถุดิบ)	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*			วัตถุประสงค์เพื่อ	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต (ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป)	ปริมาณผลิตภัณฑ์ สำเร็จรูปที่ผลิตได้**	
					รับ	จ่าย	คงเหลือ			ทฤษฎี	จริง
10 เมษ. 64	Codeine sulfate	B1001	บริษัท Apex จำกัด ประเทศ อินเดีย	อย.	10 (กิโลกรัม)	6 (กิโลกรัม)	4 (กิโลกรัม)	เพื่อการผลิต para with codeine tablet	1/2561	200,000 เม็ด	195,800 เม็ด

(ลายมือชื่อ) .....ปรากฏer ชาติ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....นายปรากฏer ชาติ.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น มิลลิกรัม กรัม กิโลกรัม มิลลิลิตร ลิตร  
 (๒) \*\* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น กรัม มิลลิลิตร เม็ด แคปซูล  
 (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**ครอบครอง เพื่อวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือ**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

- เพื่อเป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ

ประจำเดือน .....เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต .....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์..... ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ ....51/63.... หมวด .....-.....  
 สถานที่ชื่อ **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** ตั้งอยู่เลขที่ .....-.... ตรอก/ซอย ..... ถนน ....**ติวานนท์**... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..**ตลาดขวัญ**.. อำเภอ/เขต ...**เมือง**.. จังหวัด ...**นนทบุรี**....

วัน เดือน ปี	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*			วัตถุประสงค์เพื่อ
					รับ	จ่าย	คงเหลือ	
10 เมษ. 64	Morphine sulfate	JN1004	ABC manufacturing ประเทศเนเธอร์แลนด์	อย.	50 กรัม	25 กรัม	25 กรัม	เพื่อเป็นสารมาตรฐานในการ ตรวจวิเคราะห์

(ลายมือชื่อ) .....**ABD DEFG**..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....**ABD DEFG**.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น กรัม มิลลิกรัม แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**ครอบครอง เพื่อเป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

- เพื่อเป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ

ประจำเดือน .....เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต .....คณะเภสัชศาสตร์ ABC..... ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ ....12/23.... หมวด .....-.....  
 สถานที่ชื่อ .คณะเภสัชศาสตร์ ABC.. ตั้งอยู่เลขที่ .....-.... ตรอก/ซอย ..... ถนน เพชรเกษม หมู่ที่ ....-.... ตำบล/แขวง .... อำเภอ/เขต ...ภาษีเจริญ.. จังหวัด ...กทม.....

วัน เดือน ปี	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*			วัตถุประสงค์เพื่อ
					รับ	จ่าย	คงเหลือ	
10 เมษ. 64	Morphine sulfate/ 10 mg/ ml, 1 ml ampoule	JN1004	ABC manufacturing ประเทศเนเธอร์แลนด์	อย.	10 แอมพูล	0 แอมพูล	10 แอมพูล	เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการเรียน การสอน

(ลายมือชื่อ) .....ABCD EFGH..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....ABCD EFGH.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น กรัม มิลลิลิตร แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

**ครอบครอง เพื่อประโยชน์ของทางราชการ**

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

- เพื่อเป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ

ประจำเดือน .....เมษายน..... พ.ศ. ....2564.....

ชื่อผู้รับอนุญาต .....สำนักงาน ป.ป.ส..... ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ ....5.... หมวด .....-.....

สถานที่ชื่อ ..สำนักงาน ป.ป.ส.. ตั้งอยู่เลขที่ .....-.... ตรอก/ซอย ..... ถนน ดินแดง หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..สามเสนใน.. อำเภอ/เขต ...พญาไท.. จังหวัด ...กทม.....

วัน เดือน ปี	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒*			วัตถุประสงค์เพื่อ
					รับ	จ่าย	คงเหลือ	
10 เมษ. 64	Codeine phosphate	B1001	บริษัท Apex จำกัด ประเทศ อินเดีย	อย.	30 กรัม	0 กรัม	30 กรัม	ใช้ในการแสวงหายานหลักฐาน ทางคดี

(ลายมือชื่อ) .....ABCD EFGH..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (.....ABCD EFGH.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น กรัม มิลลิลิตร แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น  
 (๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

## กรอบครอง ในการปฐมพยาบาลหรือเกิดเหตุฉุกเฉินสำหรับเรือหรือเครื่องบิน

แบบ บ.ย.ส. ๒-๕

บัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เพื่อใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร

ประจำเดือน .....เมษายน..... พ.ศ. ..2564..

ชื่อผู้รับอนุญาต .....บริษัท ไทยแอร์ จำกัด..... ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ .....2/62..... หมวด .....-.....

สถานที่ชื่อ ...บริษัท ไทยแอร์ จำกัด... ตั้งอยู่เลขที่...๗... ตรอก/ซอย ....-..... ถนน .....สีลม..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..สีลม.... อำเภอ/เขต ...บางรัก..... จังหวัด .....กรุงเทพ.....

วัน เดือน ปี	ชื่อ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒	ชื่อการค้า (ถ้ามี)	จ่ายไปให้		ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ *			หมายเหตุ (ลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ) **
			ชื่อผู้รับยา	เที่ยวบินที่ (Flight No.) /เที่ยวเรือที่ (Voyage)	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
10 เมษ 64	Morphine sulfate/ 10 mg/ ml, 1 ml ampoule	M&H	Mr. Joseph Mosley	TA908	4 แอมพูล	1 แอมพูล	3 แอมพูล	

(ลายมือชื่อ) .....สวัสดิ์ มีชัย..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)

(.....นายสวัสดิ์ มีชัย.....)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น กรัม มิลลิลิตร แอมพูล ไวแอล เม็ด แคปซูล แผ่น

(๒) \*\* กรณีเพื่อใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือให้ระบุนามชื่อผู้รับผิดชอบหรือท่าเรือที่มีการรับยาเพิ่ม

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก