

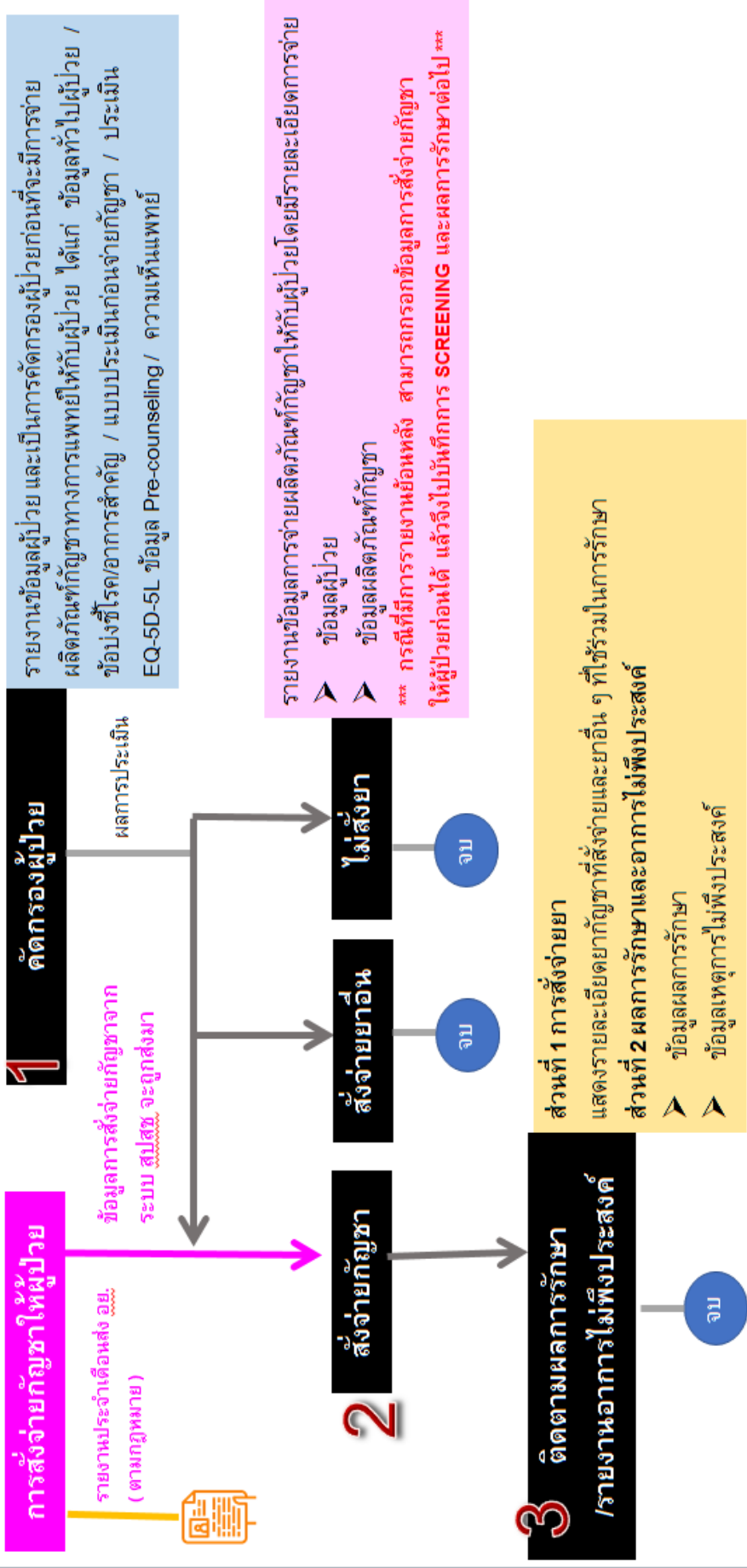
คู่มือการรายงานผ่านระบบสารสนเทศ



- การคัดกรองผู้ป่วย
- การสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์
- การติดตามอาการความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

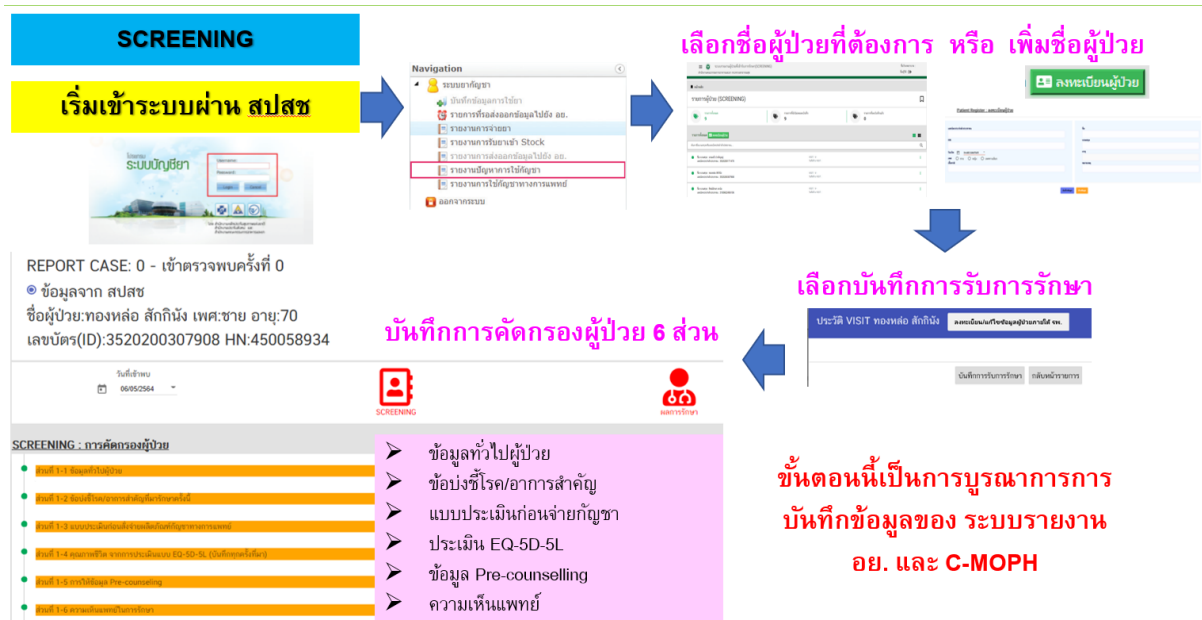
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2564

ขั้นตอนการรายงานการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์



บทที่ 1 การรายงานการคัดกรองผู้ป่วย

การคัดกรองผู้ป่วยเป็นการรายงานข้อมูลเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยแต่ละรายสมควรได้รับรักษาทางการแพทย์หรือไม่ มีรายละเอียดการรายงาน ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มารักษา การประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์ (แบบคัดกรองเบื้องต้น) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L การให้คำปรึกษา “การใช้สุขภาพทางการแพทย์อย่างไร ให้ปลอดภัยและไม่ป่วยจิต” ความเห็นของแพทย์ ข้อมูล Informed Consent Form ใบสรุปการรักษา/บัตรนัดผู้ป่วย รวมถึงระบบติดตามการรักษา ซึ่งเดิมการรายงานข้อมูลดังกล่าวเป็นการรายงานผ่านระบบโปรแกรม C-MOPH แต่ปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศโดยการบูรณาการระบบร่วมกันระหว่างระบบโปรแกรม C-MOPH และระบบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (การรายงานความปลอดภัยและอาการไม่พึงประสงค์ – HPVC) ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้รับอนุญาตเนื่องจากจะเป็นการลดภาระการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ



ขั้นตอนการรายงานการคัดกรองผู้ป่วย

1. การใช้งานระบบได้ผ่าน 3 ช่องทาง (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

ช่องทาง 1 : ทาง URL : <http://drug.nhso.go.th/drugserver/secue/index.zul>

ช่องทาง 2 : ผ่านทาง QR code



ช่องทาง 3 : ผ่านทางหน้า web site กัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ทาง URL : <http://cannabis.fda.moph.go.th/> จากนั้น เลือก ระบบรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับ
โรงพยาบาล



เลือก การสั่งจ่ายกัญชาและความปลอดภัยจากการใช้กัญชา
ขั้นตอนการใช้งานระบบการรายงานการสั่งใช้กัญชา มค. 63



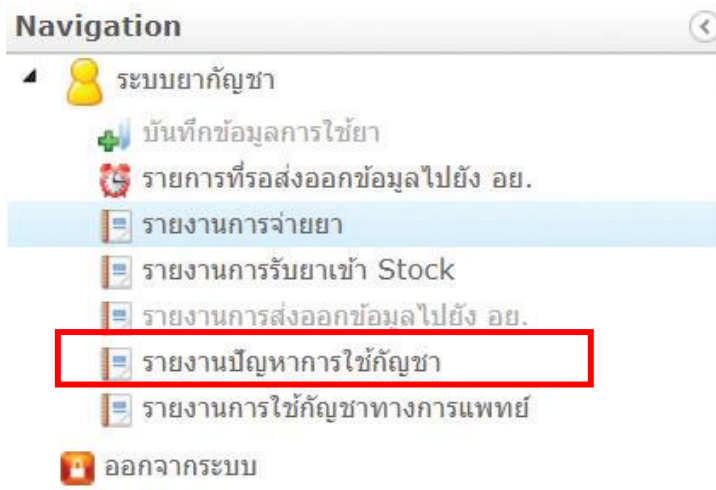
2. กรอก Username และ Password ของตนเอง จากหน้านั้นกดปุ่ม Login เพื่อเข้าใช้งานระบบ



ทั้งนี้หากท่านได้รับมอบหมายให้บันทึกการสั่งใช้กัญชาและรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาของ
อย. และมี username password เข้าใช้งานอยู่แล้ว ท่านสามารถใช้ username password ที่มีอยู่
เข้าใช้งานระบบนี้ได้เลย

แต่หากท่านยังไม่มี username password หรือ สิทธิเข้าใช้งานระบบมาก่อน ขอให้ท่านดำเนินการ
รายละเอียดตามภาคผนวก

3. เลือกเมนู “รายงานปัญหาการใช้กัญชา”



4. ค้นหาชื่อผู้ป่วยที่ต้องการลงข้อมูล หากไม่พบชื่อผู้ป่วย สามารถลงทะเบียนชื่อผู้ป่วยเองได้

ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	VISIT
เกษณี ปานเพ็ญอยู่	3520200171470	V-1 วันที่รับ VISIT : 6/5/2564 13:56:35
ชอปวี กัญญา	111111111111111	V-1 วันที่รับ VISIT :
อนปภัช จิตกรชินโง๊ะ	1101400817957	V-1 วันที่รับ VISIT : 13/5/2564 10:28:51

การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้กดปุ่มลงทะเบียนผู้ป่วย



จากนั้นกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ได้แก่

- เลขบัตรประจำตัวประชาชน
- HN ของผู้ป่วยประจำโรงพยาบาลนั้น ๆ
- วันเดือนปีเกิด
 - หากแค่ปี พ.ศ. ให้เลือกเป็นวันที่ 1 เดือน 1 และใส่ปี พ.ศ. ที่ทราบ
 - หากทราบแค่เดือนกับปี ให้เลือกเป็นวันที่ 1 และใส่เดือนกับปีที่ทราบ
- เพศ
- เชื้อชาติ
- ชื่อ
- นามสกุล
- หมายเหตุ (ถ้ามี)

Patient Register : ลงทะเบียนผู้ป่วย

เมื่อกดปุ่มบันทึกข้อมูลแล้ว รายชื่อผู้ป่วยจะปรากฏที่ตารางด้านล่าง

ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	VISIT
ชอชญา อุกาโร	9999999999999	V-1 วันที่รับ VISIT :

หากต้องการแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วยสามารถกดเลือกลงทะเบียน/แก้ไขข้อมูลผู้ป่วยภายใต้ รพ.

ลงทะเบียน/แก้ไขข้อมูลผู้ป่วยภายใต้ รพ.

เมื่อแก้ไขทะเบียนผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่มแก้ไขข้อมูล

Patient Edit : แก้ไขทะเบียนผู้ป่วย

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 99999999999999	ชื่อ กัญชา
HN 64-1234	นามสกุล ถูกใจ
วันเกิด 05/06/2523	อายุ 40
เพศ <input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	หมายเหตุ
เชื้อชาติ ไทย	
แก้ไขข้อมูล	

5. เลือกชื่อผู้ป่วยที่ต้องการ และเลือกบันทึกการรับการรักษา

ประวัติ VISIT ซอบลอง กัญชา **ลงทะเบียน/แก้ไขข้อมูลผู้ป่วยภายใต้ รพ.**

บันทึกการรับการรักษา กลับหน้ารายการ

หน้าหลัก

REPORT CASE: 0 - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

ข้อมูลภายใน รพ.

ชื่อผู้ป่วย:กัญชา ถูกใจ เพศ:ชาย อายุ:40
เลขบัตร(ID):999999999999 HN:64-1234

วันที่เข้าพบ
17/05/2564

SCREENING

ผลการรักษา

6. ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่หากไม่ถูกต้องควรดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องก่อน จึงจะบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ต่อไป จากนั้น เลือกวันที่เข้ามารับการรักษาที่สถานพยาบาล

วันที่เข้าพบ
17/05/2564

อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส
พ.ค. 2564 >						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					
มิ.ย. 2564 >						

7. เลือก SCREENING จะมีรายละเอียดให้บันทึก 6 ส่วน

หน้าหลัก

REPORT CASE: 0 - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

ข้อมูลภายใน รพ.

ชื่อผู้ป่วย: ักฤษา ถูกใจ เพศ:ชาย อายุ:40
เลขบัตร(ID):999999999999 HN:64-1234

วันที่เข้าพบ 17/05/2564

SCREENING

ผลการรักษา

SCREENING : การคัดกรองผู้ป่วย

- ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 1-2 ชื่องานโรค/อาการสำคัญที่มาปรึกษาครั้งนี้
- ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์
- ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)
- ส่วนที่ 1-5 การให้อินโฟ Pre-counseling
- ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

a. ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

วันเกิด 05/06/2523

ชื่อขาด

ไทย

น้ำหนัก กก.

ส่วนสูง ซม.

ความดัน(BP)/mmhg

ชีพจร(HR)/bpm

อุณหภูมิ(BT)/°C

ตั้งครรภ์(เฉพาะเพศหญิง) ไม่มี 1ชั ไม่ทราบ

น้ำหนักบุตร(เฉพาะเพศหญิง) ไม่มี 1ชั ไม่ทราบ

ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มี ดื่ม

สูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ

โรคประจำตัว ไม่มี มี

อาการแพ้ยา ไม่มี มี

อาการแพ้อาหาร ไม่มี มี

ใช้สารเสพติด ไม่มี มี

ผล Lab

สรุปรายละเอียดผล Lab ที่ผิดปกติ

Choose File No file chosen บันทึกไฟล์แนบ

ทำการอัปโหลดไฟล์ข้อมูลเป็น PDF ขนาดไม่เกิน 5 MB และกรณีมีไฟล์ข้อมูลตัว ย้ำโรคในประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติม ไม่พบไฟล์ upload ดูไฟล์แนบ pdf

บันทึก

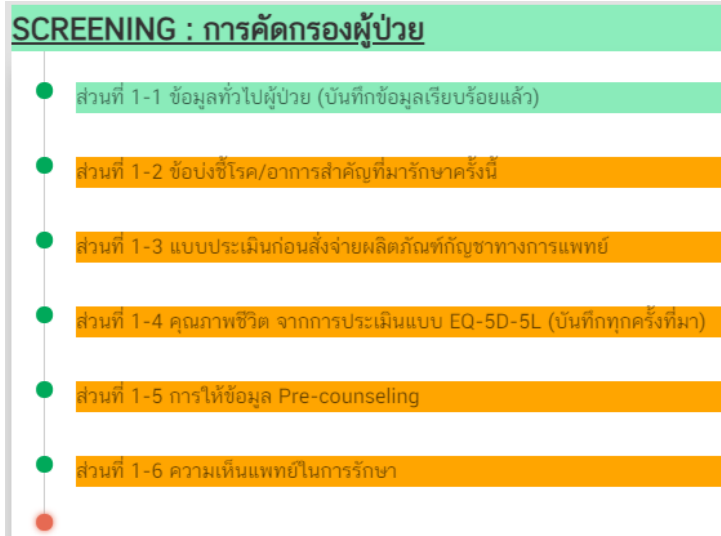
เมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้กดปุ่มบันทึก



บันทึกข้อมูลแล้ว



แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว



b. ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มาปรึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มาปรึกษาครั้งนี้

โรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

เพิ่มรายการ

บันทึก

กดปุ่มเพิ่มรายการ จากนั้นเลือกโรคหรือสาเหตุที่ต้องการ

เพิ่มรายการ

POISONING BY ANTIPILEPTIC, SEDATIVE-HYPNOTIC AND ANTIPARKINSONISM DRUGS

ANTIPARKINSONISM DRUGS AND OTHER CENTRAL MUSCLE-TONE DEPRESSANTS

สว PARKINSON'S DISEASE

สว SECONDARY PARKINSONISM

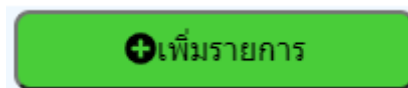
โร OTHER DRUG-INDUCED SECONDARY PARKINSONISM

1. x parkin

ลบรายการ

เพิ่มรายการ

สามารถเลือกโรคหรือสาเหตุได้มากกว่า 1 รายการ โดยการกดปุ่มเพิ่มรายการ



ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มาปรึกษาครั้งนี้

โรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

1. x PARKINSON'S DISEASE

2. x NONORGANIC INSOMNIA

3. x ABDOMINAL AND PELVIC PAIN

ลบรายการ

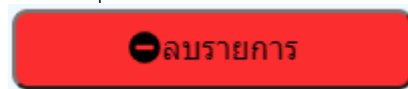
ลบรายการ

ลบรายการ

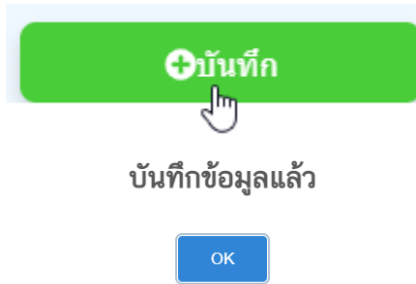
เพิ่มรายการ

บันทึก

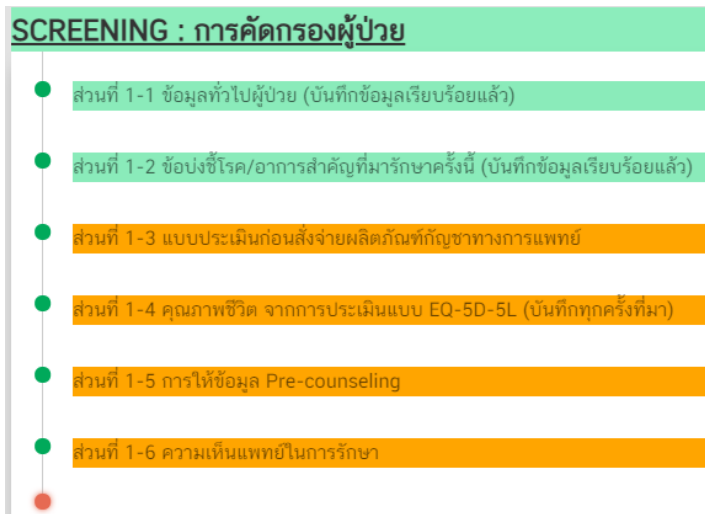
หากต้องการลบข้อมูลที่เลือกไปแล้ว ให้กดปุ่มลบรายการ



จากนั้นกดปุ่มบันทึก



แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว



c. ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์

ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์

รูปแบบคำถาม

มากที่สุด (แบบคัดกรองเบื้องต้น)(บันทึกเฉพาะครั้งแรก) คะแนนแล้ว (บันทึกครั้งต่อครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)

3.1 ประวัติผู้ป่วยที่มี ข้อห้ามทางจิตเวช ในการใช้สุขภาพทางการแพทย์ที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น ขณะนี้ป่วยและ/หรือมีอาการของความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้ (อยู่ระหว่างรักษาหรือไม่รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน)

- มี ไม่มี โรควิตกกังวล (schizophrenia) หรือโรคจิต (psychosis) ชนิดอื่น ๆ (F20 -29.x)
- มี ไม่มี โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ/หรือโรคซึมเศร้า (depressive disorder) (F30 - 39)
- มี ไม่มี มีความคิดหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal idea or suicidal attempt) (X60-84, Z91.5)
- มี ไม่มี ภาวะที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (F10 - 19)

3.2 ประวัติผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงการป่วยทางจิต จากการใช้สุขภาพทางการแพทย์

- มี ไม่มี ไม่มี ญาติสายตรง (พ่อ แม่ ที่ น้อง) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วย
- มี ไม่มี อายุต่ำกว่า 25 ปี เสี่ยงต่อการพัฒนาของสมอง
- มี ไม่มี สตรีที่กำลังตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ หรืออยู่ระหว่างให้นมบุตร เพราะเสี่ยงต่อการพัฒนาของสมอง
- มี ไม่มี มีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยความผิดปกติทางจิตเวช (รายละเอียดตามส่วนที่ 1-2) เพราะอาจทำให้เกิดผู้ป่วยซ้ำ
- มี ไม่มี ประวัติใช้สารเสพติด ใช้กัญชา สัมผัสยา และสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน หรือขณะนี้มีปัญหาความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด

3.3 ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต่อไปนี้ เนื่องจากเกิด drug interaction กับผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์ได้

- มี ไม่มี ยาคำแนะนำเชิงตัวของเลือด (เช่น warfarin, rivaroxaban, apixaban)
- มี ไม่มี ยาคำแนะนำเชิงตัวของเกล็ดเลือด (เช่น clopidogrel, cilostazol)
- มี ไม่มี ยากันชัก (เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, perampamil)
- มี ไม่มี ยาลดความดันโลหิต (เช่น propranolol, metoprolol, bisoprolol)
- มี ไม่มี ยาต้านเชื้อรา (เช่น voriconazole, posaconazole, isavuconazole)
- มี ไม่มี ยาต้านการอักเสบ (เช่น Amlodipine, Nifedipine)
- มี ไม่มี ยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่ม SSRI (เช่น fluoxetine)
- มี ไม่มี ยาออกฤทธิ์กดประสาท (เช่น opioids, benzodiazepines, phenobarbital, zolpidem, Clobazam)
- มี ไม่มี ยาที่ถูก metabolized โดย CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 ในปริมาณมาก (เช่น midazolam, diazepam, flunarizine, sulfonamides, immunosuppressants, Anti HIV, Ergotamine ฯลฯ)
- มี ไม่มี ยาอื่น ๆ ระบุ เช่น (ยาที่ขอยืมเพิ่มเติม) Clobazam, Disulfiram, Hexobarbital, Hydrocortisol, Ketoconazole, MAO inhibitors, Theophylline, Tricyclic antidepressants.

3.4 ประวัติโรคประจำตัวที่ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเข้มข้นของ THC สูง

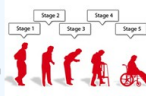
- มี ไม่มี มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา
- มี ไม่มี มีประวัติเป็นโรคตับ (ทราบจากประวัติโรคประจำตัว หรือมีผลเลือดอินนิน คือ มีค่าเอนไซม์ตับที่ผิดปกติ)
- มี ไม่มี มีประวัติเป็นโรคไต (มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 ml/min/1.73m2)
- มี ไม่มี มีประวัติเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดชั้นรุนแรง (เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว)
- มี ไม่มี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กรณีที่เลือกโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ พาร์กินสัน ให้กรอกข้อมูลในข้อ 3.5 ด้วย

3.5 แบบประเมินผู้ป่วยพาร์กินสัน

ประเมินระยะของโรคตาม Modified Hoehn and Yahr Staging (MHYS)

- ระยะที่ 1 จะเริ่มแรก มีอาการแขนข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายที่มีอาการสั่น
- ระยะที่ 2 มีอาการแขนสั่นทั้ง 2 ข้าง แต่มีการทรงตัวได้ปกติ
- ระยะที่ 3 ระยะกลาง มีอาการแขนสั่นทั้ง 2 ข้าง เริ่มมีปัญหาการทรงตัวเวลาขึ้นและเดิน
- ระยะที่ 4 ระยะรุนแรง มีอาการแขนสั่นทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเองต้องมีคนช่วยพยุง
- ระยะที่ 5 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตัวเองได้ต้องนั่งรถเข็นหรือนอนอยู่บนเตียง



UPDRS-8 ส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (NON-MOTOR)

I. ความบกพร่องทางสติปัญญา (INTELLECTUAL IMPAIRMENT) : การทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ กินข้าว

- 0 : ไม่พบ
- 1 : พบเล็กน้อย หลงลืมเหตุการณ์บางอย่าง แต่ไม่มีปัญหาในการใช้ชีวิต
- 2 : พบปานกลาง มีความลำบาก และสับสน ในการจัดการปัญหา ต้องคอยมีคนช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
- 3 : พบรุนแรง สับสนในเวลา และสถานที่ สูญเสียความสามารถในการจัดการปัญหาอย่างรุนแรง
- 4 : พบรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือแก้ปัญหาเองได้ ต้องมีคนคอยดูแล ไม่สามารถอยู่ตามลำพังได้

II. อารมณ์ (MOOD)

- 0 : ไม่พบอาการซึมเศร้า ; แยกตัว ปนไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด
- 1 : ช่วงเวลาแห่งความเศร้าหรือความรู้สึกผิด พบบ้าง แต่ไม่กินหลายวันหรือไม่ถึงสัปดาห์
- 2 : มีอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 สัปดาห์
- 3 : มีอาการซึมเศร้ามาตลอด ร่วมกับ vegetative symptom (อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สูญเสียความสนใจในสิ่งรอบตัว)
- 4 : มีอาการซึมเศร้ามาตลอด ร่วมกับ vegetative symptom และเคยพยายาม หรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (MOTOR)

IIIa. อาการสั่นขณะพักที่แขนและมือขวา (Rest tremor in RIGHT upper extremity)

- 0 : ไม่พบ
- 1 : พบเล็กน้อย ไม่บ่อย
- 2 : สั่นเล็กน้อยตลอดเวลา หรือสั่นปานกลางบางขณะ
- 3 : สั่นปานกลาง เกือบตลอดเวลา
- 4 : สั่นรุนแรงชัดเจน เกือบตลอดเวลา



IIIb. อาการสั่นขณะพักที่แขนและมือซ้าย (Rest tremor in LEFT upper extremity)

- 0 : ไม่พบ
- 1 : พบเล็กน้อย ไม่บ่อย
- 2 : สั่นเล็กน้อยตลอดเวลา หรือสั่นปานกลางบางขณะ
- 3 : สั่นปานกลาง เกือบตลอดเวลา
- 4 : สั่นรุนแรงชัดเจน เกือบตลอดเวลา



IVa. การแตะนิ้วมือด้านขวา (Finger taps in RIGHT upper extremity)

ผู้ป่วยแตะนิ้วหัวแม่มือด้วยนิ้วชี้ในเวลาอันรวดเร็วด้วยความกว้างที่กว้างที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ แต่ละมือแยกกัน

- 0 : ปกติ
- 1 : ช้าเล็กน้อย หรือไม่ค่อยแรง
- 2 : ช้าปานกลาง อ่อนแรงไว หรือมีหยุดพักบางขณะ
- 3 : ช้ารุนแรง ไม่สามารถเริ่มต้นการเคลื่อนไหวได้บ่อยๆ หรือหยุดชะงักระหว่างทำ
- 4 : แทบไม่สามารถทำได้เลย



IVb. การแตะนิ้วมือด้านซ้าย (Finger taps in LEFT upper extremity)

ผู้ป่วยแตะนิ้วหัวแม่มือด้วยนิ้วชี้ในเวลาอันรวดเร็วด้วยความกว้างที่กว้างที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่ละมือแยกกัน

- 0 : ปกติ
- 1 : ช้าเล็กน้อย หรือไม่ค่อยแรง
- 2 : ช้าปานกลาง อ่อนแรงไว หรือมีหยุดพักบางขณะ
- 3 : ช้ารุนแรง ไม่สามารถเริ่มต้นการเคลื่อนไหวได้บ่อยๆ หรือหยุดชะงักระหว่างทำ
- 4 : แทบไม่สามารถทำได้เลย



V. การเดิน (GAIT)

- 0 : ปกติ
- 1 : เดินช้า มักจะเดินซอยเท้าถี่และเล็ก(shuffle)
- 2 : เดินลำบาก ลึกขณะโน้มตัวไปข้างหน้า (Festination) แต่ไม่ต้องมีคนช่วยหรืออาจช่วยเล็กน้อย
- 3 : เดินลำบากมาก ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ
- 4 : ไม่สามารถเดินได้ ไม่มีคนคอยช่วยเหลือ



ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหวในสัปดาห์ที่ผ่านมา (MOTOR COMPLICATIONS In the past week)

VI. ช่วงเวลาที่ยามหยุดยั้ง/ไม่ตอบสนองต่อยา : สั้น แฉงเกร็ง เคลื่อนไหวไม่ได้ (Off-time) สัปดาห์ก่อนโดยเฉลี่ย

- 0 : ไม่พบ
- 1 : 1-25% ของวัน (ไม่เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน)
- 2 : 26-50% ของวัน (>6- 12 ชั่วโมงต่อวัน)
- 3 : 51-75% ของวัน (>12-18 ชั่วโมงต่อวัน)
- 4 : 76-100% ของวัน (>18-24 ชั่วโมงต่อวัน)

VII. ระยะเวลาที่มีอาการยุกยิก (Dyskinesia duration) : มีอาการเคลื่อนไหวแบบเร็วที่ผิดปกติเช่นเป็นการรำช้า (chorea) และ/หรือ อาการบิดเกร็งผิดปกติ (dystonia) โดยมีจะเกิดขึ้นบริเวณใบหน้า ลำตัว และ แขนขาเป็นต้น มีสัดส่วนต่อวันเท่าใด

- 0 : ไม่พบ
- 1 : 1-25% ของวัน (ไม่เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน)
- 2 : 26-50% ของวัน (>6- 12 ชั่วโมงต่อวัน)
- 3 : 51-75% ของวัน (>12-18 ชั่วโมงต่อวัน)
- 4 : 76-100% ของวัน (>18-24 ชั่วโมงต่อวัน)



VIII. ความรุนแรงที่เกิดขึ้น (เฉพาะ) เมื่อมีอาการยุกยิก (Dyskinesia disability)

0 : แทบไม่สามารถทำได้เลย
 1 : มีผลต่อการใช้ชีวิตเล็กน้อย
 2 : มีผลต่อการใช้ชีวิตปานกลาง
 3 : มีผลต่อการใช้ชีวิตรุนแรง
 4 : มีผลต่อการใช้ชีวิตรุนแรงมาก จนไม่สามารถทำอะไรได้เลย

รวมคะแนน เต็ม 40 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (คะแนนที่ได้คือ) คะแนน

[บันทึก](#)

ระบบจะรวมคะแนนให้อัตโนมัติ

รวมคะแนน เต็ม 40 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (คะแนนที่ได้คือ) **17**

จากนั้นกดปุ่มบันทึก

[บันทึก](#)

บันทึกข้อมูลแล้ว

[OK](#)

แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

SCREENING : การคัดกรองผู้ป่วย

- ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มารักษาครั้งนี้ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)
- ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling
- ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

d. ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D (บันทึกทุกครั้งที่มา)

ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)

ความสามารถในการเคลื่อนไหว : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหามาก มีปัญหามากที่สุด
 การดูแลตนเอง : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหามาก มีปัญหามากที่สุด
 การทำกิจวัตรประจำวัน : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหามาก มีปัญหามากที่สุด
 ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหามาก มีปัญหามากที่สุด
 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหามาก มีปัญหามากที่สุด

คะแนน คะแนน

[บันทึก](#)

ระบบจะรวมคะแนนให้อัตโนมัติ

คะแนน	0.6415228
-------	-----------

จากนั้นกดปุ่มบันทึก



บันทึกข้อมูลแล้ว



แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

SCREENING : การคัดกรองผู้ป่วย


- ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มีรบกวนขณะนี้ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา) (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling
- ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

e. ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling

ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling

5. ให้คำปรึกษา "การใช้สุขภาพทางการแพทย์อย่างไรให้ปลอดภัยและไม่ป่วยจิต" แนวทางปฏิบัติให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention:BI) สำหรับผู้ป่วยที่ได้ รับผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์ (ใช้หลัก 5 เป็น (5A):ถามเป็น(Ask)ชมเป็น(Affirm)แนะเป็น (Advice)ค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงช่วยเหลือ/แก้ไข(Assess and Assist)

พยาบาลหรือบุคลากรได้ให้คำปรึกษา (pre-counseling) ผู้ป่วยก่อนการใช้สุขภาพทางการแพทย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว



จากนั้นกดปุ่มบันทึก



บันทึกข้อมูลแล้ว



แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

SCREENING : การคัดกรองผู้ป่วย

- ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-2 ข้อบ่งชี้โรค/อาการสำคัญที่มารักษาครั้งนี้ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา) (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

f. ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

ความเห็นแพทย์ในการรักษา

ความเห็นแพทย์

- ไม่ควรจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ให้คำแนะนำ
- ไม่ควรจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยต้องการ
- ควรจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

+บันทึก

กรณีเลือกไม่ควรจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ให้คำแนะนำ กรุณากรอกคำแนะนำด้วย

ไม่ควรจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ให้คำแนะนำ

ให้คำแนะนำ

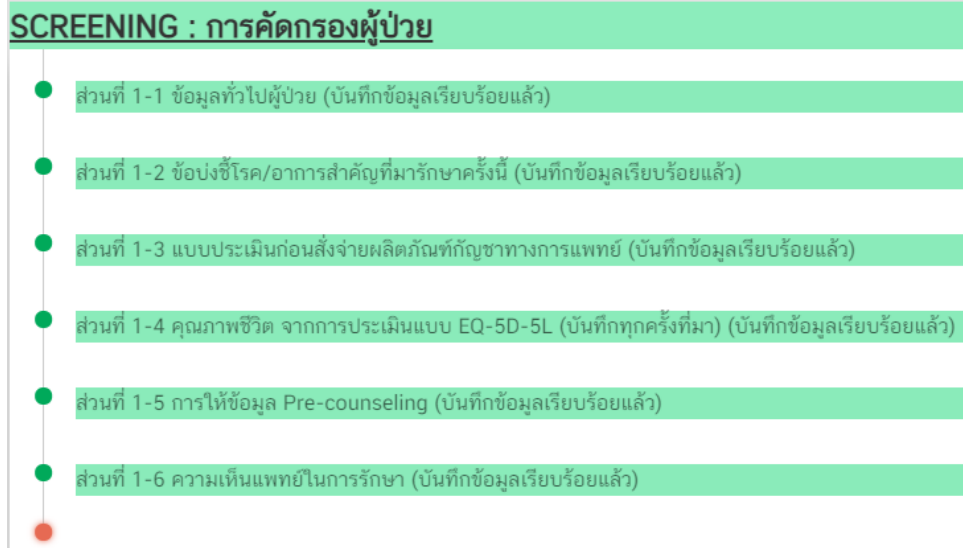
จากนั้นกดปุ่มบันทึก

+บันทึก

บันทึกข้อมูลแล้ว

OK

แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว



เมื่อบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เมนูจะเป็นสีเขียว



SCREENING

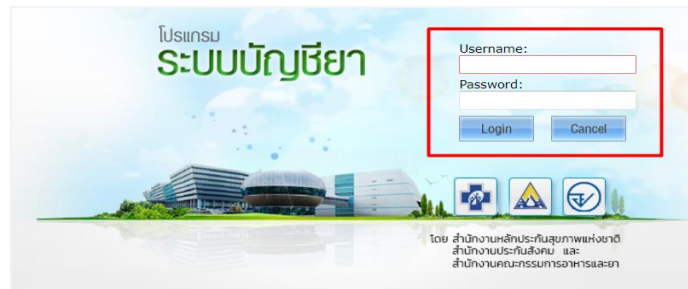
บันทึกเรียบร้อยแล้ว กรอกส่วนถัดไป > ผลการรักษา

ข้อแนะนำ !!!

ควรบันทึกข้อมูลตั้งแต่ส่วนที่ 1-1 ถึง 1-6 ให้เรียบร้อยก่อนจึงจะบันทึกข้อมูลผลการรักษาหรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

บทที่ 2 การรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์

การรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ให้รายงานผ่านระบบรายงานการสั่งใช้กัญชา



คู่มือการรายงานสามารถ download ได้ตาม QR Code ด้านล่างนี้



บทที่ 3

การรายงานผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์

การรายงานผลการรักษาจะแบ่งการรายงานออกเป็น 2 ส่วนคือ การส่งจ่ายยาและผลการรักษา

ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 การส่งจ่ายยา

แสดงรายละเอียดยาที่ส่งจ่ายและยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมในการรักษา

การส่งจ่ายยา

มีการส่งจ่ายยาหรือไม่ ส่งจ่าย ไม่ส่งจ่าย

ข้อมูลการใช้ยาอื่น ๆ : ใช้ยาทุกอย่างเดิม ใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการรักษา

อาการผู้ป่วย

อาการผู้ป่วยดีขึ้น อาการผู้ป่วยแย่ลง อาการผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง

ระบุเหตุผล

การประเมินการเสถียรและการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด

พบแนวโน้มผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด ไม่พบแนวโน้มผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ อื่น ๆ

ช่องทางติดตาม คลินิก โทรศัพท์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ระบุสาเหตุ adverse drug reaction ใดก็ตามที่กล่าวถึง

ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อาการแพ้ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะอื่น ๆ

ระบุวันที่เกิดเหตุการณ์

ระบุเวลาที่เกิดเหตุการณ์

ระบุสถานที่เกิดเหตุการณ์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ (บรรยายลักษณะที่พบ และ/หรือ ศัพท์วิชาการ)

เลือก

อาการแพ้จากการใช้ยา อาการแพ้จากการใช้ยา อาการแพ้จากการใช้ยา อื่น ๆ (other adverse events)

ผลสืบเนื่อง

อาการไม่พึงประสงค์ไม่รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง อื่น ๆ (เลือกตอบเพียงข้อเดียว)

ระดับความถี่

นาน นาน นาน นาน

วิธีประเมินแบบ

Naranjo's Thai algorithm WHO ความถี่ผู้รักษา อื่น ๆ

การบันทึกข้อมูลเลือกเมนูผลการรักษา กรณียังบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ เมนูจะเป็นสีแดง

หน้าหลัก

REPORT CASE: SCN-V-64000003-1-0 - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

ข้อมูลภายใน รพ.

ชื่อผู้ป่วย: ทัศนัย ฤกษ์ใจ เพศ:ชาย อายุ:40

เลขบัตร(ID):999999999999 HN:64-1234

วันที่เข้าพบ: 22/05/2564

SCREENING

บันทึกเรียนร้อย กรอกส่วนถัดไป > ผลการรักษา

ผลการรักษา

การส่งจ่ายยา

มีการส่งจ่ายยาหรือไม่ ส่งจ่ายยา ไม่ส่งจ่ายยา บันทึกไม่ส่งจ่ายยา

ข้อมูลการใช้ยาอื่น ๆ : ใช้ยาทุกอย่างเดิม ใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ

ผลการรักษา

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

[เพิ่มผลการตรวจ](#)

ส่วนที่ 1 การรายงานการส่งจ่ายยา

เลือก ผลการรักษา แล้วเลือกการส่งจ่ายยา

หน้าหลัก

REPORT CASE: SCN-V-640000003-1-0 - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

ข้อมูลภายใน รพ.
ชื่อผู้ป่วย: กัญชา ฤกษ์ใจ เพศ: ชาย อายุ: 40
เลขบัตร(ID): 999999999999 HN: 64-1234

วันที่เข้าพบ
22/05/2564

SCREENING
บันทึกเรียบร้อย กรอกส่วนถัดไป > ผลการรักษา

ผลการรักษา

มีการส่งจ่ายยาหรือไม่ ส่งจ่ายยา ไม่ส่งจ่ายยา [บันทึกไม่ส่งจ่ายยา](#)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

ผลการรักษา วันที่ Invalid date/NAN [จบรายการ](#)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

[เพิ่มผลการตรวจ](#)

โปรดทราบ !!! ท่านที่บันทึกข้อมูลการส่งจ่ายกัญชาในระบบ สปสช แล้ว ระบบจะดึงข้อมูลรายละเอียดกัญชาที่มีการส่งจ่ายให้ผู้ป่วยมาแสดงที่หน้าจอนี้ ได้แก่ รายการยา และ รุ่นการผลิต ที่มีการสั่งให้ผู้ป่วย ขอให้ท่านตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวก่อน และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ ได้แก่ รูปแบบ ขนาดการใช้ หน่วยการใช้ วิธีการใช้ยา เมื่อข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน แล้ว จึงกดปุ่ม “บันทึก”

กรณีไม่มีการส่งจ่ายยากัญชาในการรักษาครั้งนี้

ระบบจะให้ยืนยันว่าไม่มีการส่งจ่ายยา โดยการกดปุ่มสีส้ม “บันทึกไม่ส่งจ่ายยา”

การส่งจ่ายยา

มีการส่งจ่ายยาหรือไม่ ส่งจ่ายยา ไม่ส่งจ่ายยา [บันทึกไม่ส่งจ่ายยา](#)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

กรณีมีการสั่งจ่ายยากัญชาที่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในการรักษาครั้งนี้

เลือก “สั่งจ่ายยา” และบันทึกรายละเอียดการใช้ยา ได้แก่ รูปแบบ ขนาดการใช้ หน่วยการใช้ วิธีการใช้ยา เป็นต้น

การสั่งจ่ายยา

มีการสั่งจ่ายยาหรือไม่ สั่งจ่ายยา ไม่สั่งจ่ายยา

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ ใช้ยาทุกข้ออย่างเต็มที่ ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

วันที่ 1 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

ข้อมูลจาก สปสข ลบ

ว/ด/ป ที่เริ่มใช้ยา 14/01/2564

หยุดใช้ยา

ชื่อผลิตภัณฑ์

ชื่อกิจกรรมเมื่อส่ง อาจารย์ เสรีรับ

รุ่นการผลิต LBO1190563

รูปแบบ

ขนาดการใช้

หน่วยการใช้

วันที่/ครั้ง 0

วิธีการใช้ยา

เวลาการใช้ยา เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน

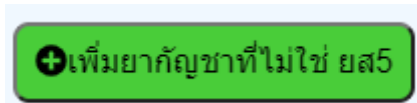
หมายเหตุ

+ เพิ่มยากัญชาที่ไม่ใช่ ยส5

+ บันทึก

กรณีมีการสั่งจ่ายยากัญชาที่ไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในการรักษาครั้งนี้

ให้เลือก “เพิ่มยากัญชาที่ไม่ใช่ ยส. 5”



บันทึกรายละเอียดการใช้ยา ได้แก่ รูปแบบ ขนาดการใช้ หน่วยการใช้ วิธีการใช้ยา เป็นต้น

ข้อมูลสั่งใช้กัญชาที่ไม่ใช่ ยส5 ลบ

ว/ด/ป ที่เริ่มใช้ยา Invalid date/NaN

หยุดใช้ยา

ชื่อผลิตภัณฑ์

รุ่นการผลิต

รูปแบบ

ขนาดการใช้

หน่วยการใช้

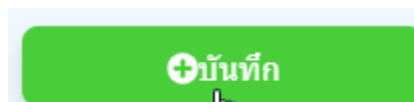
วันที่/ครั้ง 0

วิธีการใช้ยา

เวลาการใช้ยา เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน

หมายเหตุ

จากนั้นกดปุ่มบันทึก



บันทึกข้อมูลแล้ว



แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

การสั่งจ่ายยา

มีการสั่งจ่ายยาหรือไม่ สั่งจ่ายยา ไม่สั่งจ่ายยา

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

ส่วนที่ 2 การรายงานผลการรักษา

เลือก ผลการรักษา แล้วเลือกผลการรักษา

หน้าหลัก

REPORT CASE: SCN-V-640000003-1-0 - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

ข้อมูลภายใน รพ.

ชื่อผู้ป่วย: กัญชา ฤกษ์ใจ เพศ: ชาย อายุ: 40

เลขบัตร(ID): 9999999999999999 HN: 64-1234

วันที่เข้าพบ: 22/05/2564

SCREENING

บันทึกเรียบร้อยแล้ว กรอกส่วนถัดไป > ผลการรักษา

ผลการรักษา

การสั่งจ่ายยา

มีการสั่งจ่ายยาหรือไม่ สั่งจ่ายยา ไม่สั่งจ่ายยา บันทึกไม่สั่งจ่ายยา

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

ผลการรักษา วันที่ Invalid date/NaN ลงรายการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

เพิ่มผลการตรวจ

❖ เลือกวันที่ที่ต้องการบันทึกผลการรักษา

วันที่ 21/05/2564

ไม่พึงประสงค์

ผลการรักษา

พ.ศ. 2564 >

อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

❖ เลือกว่าพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่

ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 2)

กรณีไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บันทึกข้อมูลเฉพาะส่วนที่ 1 เท่านั้น

ผลการรักษา วันที่ 21/05/2564 ลบรายการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

รายละเอียดข้อมูลที่บันทึกส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

อาการผู้ป่วย

อาการผู้ป่วยดีขึ้น อาการผู้ป่วยแยลง อาการผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง

ระบุเหตุผล

การประเมินการเสพติดและการนำไปใช้ในทางที่ผิด

พบแนวโน้มนั้ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด ไม่พบแนวโน้มนั้ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ

ช่องทางติดตาม คลินิก โทรศัพท์

จากนั้นกดปุ่มบันทึก

บันทึกข้อมูลแล้ว

แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

ผลการรักษา วันที่ 21/05/2564 ลบรายการ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

กรณีพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บันทึกข้อมูลทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ผลการรักษา วันที่ 21/05/2564 ลบรายการ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

รายละเอียดข้อมูลที่บันทึกส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ประเภทรายงาน spontaneous report โครงการศึกษาวิจัย
ชื่อผู้ที่พบเหตุการณ์/ผู้รายงาน

ตำแหน่ง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ
เลขที่รายงานอ้างอิง

ว/ด/ป ที่พบเหตุการณ์ Invalid date/NaN

ความร้ายแรง ร้ายแรงคือ ไม่ร้ายแรง

หยุดใช้กัญชาที่สงสัย ใช้กัญชาที่สงสัยต่อ

การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ (บรรยายลักษณะที่พบ และ/หรือ ศัพท์วิชาการ)

เลือก

ลบรายการ

เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา(adverse drug reaction) เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ(other adverse events)

ผลลัพธ์

หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม หายโดยมีร่องรอยเดิม อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยังมีอาการอยู่ เสียชีวิต(เลือกตอบเพียงข้อเดียว) ไม่สามารถติดตามผลได้

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ* อื่นๆ

ผลการประเมิน

เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

➤ เลือกอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องการบันทึก

เหตุ

- อาการระคาย (จากเลือด)
- อาการระคายคล้ายน้ำมันดิน
- อาการระคาย
- อาการระคายจากเลือดเหตุแผลเปื่อยกระเพาะ

เลือก X อาการระคาย

➤ เลือกสาเหตุการเกิดเหตุการณ์

เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา(adverse drug reaction) เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ(other adverse events)

หากเลือกว่ามีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ ให้ระบุรายละเอียดด้วย

เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา(adverse drug reaction) เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ(other adverse events)
 การใช้ยาแล้วไม่ได้ผล(lack of efficacy) ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ ความคาดเคลื่อนทางยา การใช้ยาเกินขนาดการรักษา การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้(off-label use) ใช้ในทางที่ผิด เหตุการณ์อื่น ๆ ที่ร่วมกัน อื่นๆ

➤ เลือกผลลัพธ์ของเหตุการณ์

ผลลัพธ์

หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม หายโดยมีร่องรอยเดิม อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยังมีอาการอยู่ เสียชีวิต(เลือกตอบเพียงข้อเดียว) ไม่สามารถติดตามผลได้

➤ เลือกวิธีการประเมิน

○ Naranjo's algorithm

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO "ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" อื่นๆ

ชื่อคำถาม Naranjo's algorithm

คำตอบ

1. เคยมีสรุปหรือรายงานการปฏิกริยานี้มาแล้วหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
2. อาการ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยาที่คิดว่าเป็นสาเหตุหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
3. อาการ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาลดงกล่าว หรือเมื่อให้ยาด้านที่จำเพาะเจาะจง (specific antagonist) หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
4. อาการ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มให้ยาใหม่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
5. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ของผู้ป่วยได้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
6. ปฏิกริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
7. สามารถตรวจวัดปริมาณยาได้ในเลือด (หรือของเหลวอื่น) ในปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
8. ปฏิกริยารุนแรงขึ้น เมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดความรุนแรงเมื่อลดขนาดยาหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกริยาที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อน ในการได้รับยาครั้งก่อน ๆ หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
10. อาการ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้ ได้รับการยืนยันโดยหลักฐานที่เป็นรูปธรรม (objective evidence)หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ผลการประเมิน

Probable

➕ เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

ระบบจะแสดงผลการประเมินให้อัตโนมัติ

ผลการประเมิน

Probable

○ Thai algorithm algorithm

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ ○ Naranjo's Thai algorithm ○ WHO ○ ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" ○ อื่นๆ

ข้อคำถาม Thai Algorithm

คำตอบ

- 1. มีอาการหรือผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ที่ยืนยันว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - 1.1 มีประวัติของอาการจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย
 - 1.2 อาการแสดงทางคลินิกที่ได้รับการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์
 - 1.3 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory investigation)
- 2. ได้รับยาที่สงสัยก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 3. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดีขึ้น เมื่อ
 - 3.1 หยุดยาที่สงสัย หรือ
 - 3.2 ลดขนาดของยาที่สงสัย หรือ
 - 3.3 ให้ยารักษาที่เฉพาะเจาะจง (specific antagonist)
- 4. ไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากยาที่สงสัย
- 5. เคยมีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากยาที่สงสัยมาก่อน (previous report)
- 6. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นในลักษณะกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 6.1 เกิดจากยาที่สงสัย โดย
 - (1) เจตนา ให้ยาซ้ำ (rechallenge) หรือ
 - (2) ไม่เจตนา ให้ยาซ้ำ (accidental rechallenge)
 - 6.2 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (ภายในเวลา นาที) หลังจากการได้รับยาที่สงสัยเพียงชนิดเดียว
 - 6.3 เกิดขึ้น ณ ตำแหน่งที่รับยา
- 7. มีประวัติอาการที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อนเมื่อได้รับยากลับเดียวกับยาที่สงสัย

ผลการประเมิน

Certain

+เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

ระบบจะแสดงผลการประเมินให้อัตโนมัติ

ผลการประเมิน

Certain

○ WHO ให้เลือกผลการประเมินความสัมพันธ์เอง

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ ○ Naranjo's ○ Thai algorithm WHO ○ ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" ○ อื่นๆ

ผลการประเมิน

+เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

○ ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ให้เลือกผลการประเมินความสัมพันธ์เอง

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ ○ Naranjo's ○ Thai algorithm ○ WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" ○ อื่นๆ

ผลการประเมิน

+เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

○ อื่น ๆ ให้ระบุวิธีการประเมินและให้เลือกผลการประเมินความสัมพันธ์เอง
ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" อื่นๆ ระบุ

ผลการประเมิน

+ เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

กรณีมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1 เหตุการณ์ ให้บันทึกอาการแรกให้เรียบร้อยก่อน จากนั้นกดปุ่มเพิ่ม
อาการไม่พึงประสงค์ และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

+ เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

เลือก × อุจจาระดำคล้ายน้ำมันดิน

ลบรายการ

เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา(adverse drug reaction) เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ(other adverse events)

การใช้งานยาไม่ได้ผล(lack of efficacy) ปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ ความคาดเคลื่อนทางยา การใช้ยาเกินขนาดการรักษา การใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้(off-label use) ใช้ในทางที่ผิด เหตุการณ์อื่นๆที่ร่วมกัน อื่นๆ

ผลลัพธ์

หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม หายโดยมีร่องรอยเดิม อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยังมีอาการอยู่ เสียชีวิต(เลือกตอบเพียงข้อเดียว) ไม่สามารถติดตามผลได้

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" อื่นๆ ระบุ

ผลการประเมิน

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ 1

เลือก × การนอนไม่หลับ

ลบรายการ

เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปฏิกิริยาของยา(adverse drug reaction) เหตุการณ์/อาการไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ(other adverse events)

ผลลัพธ์

หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม หายโดยมีร่องรอยเดิม อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยังมีอาการอยู่ เสียชีวิต(เลือกตอบเพียงข้อเดียว) ไม่สามารถติดตามผลได้

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ" อื่นๆ ระบุ

ผลการประเมิน

+ เพิ่มรายการอาการไม่พึงประสงค์

เมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วจากนั้นกดปุ่มบันทึก

+ บันทึก

บันทึกข้อมูลแล้ว

OK

แถบข้อมูลจะเปลี่ยนจากสีส้มเป็นสีเขียว

ผลการรักษา วันที่ 21/05/2564 ลบรายการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

เมนูการบันทึกผลการรักษาจะเปลี่ยนเป็นสีเขียว



หากมีการติดตามผลการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ให้กดปุ่มเพิ่มผลการรักษา



แล้วบันทึกข้อมูลตามรายละเอียดข้อ 8 อีกครั้งหนึ่งจนครบทุกรายการ

ผลการรักษา วันที่ 21/05/2564 ลบรายการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

ผลการรักษาครั้งที่ 1

ผลการรักษา วันที่ 22/05/2564 ลบรายการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการรักษา

ผลการรักษาครั้งที่ 2

เมื่อทำการบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วทั้งส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยและผลการรักษา จึงจะบันทึกข้อมูลการมาพบแพทย์ครั้งต่อไปของผู้ป่วยได้

ชื่อ-นามสกุล : กัญชา ฤกษ์ใจ
เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 9999999999999

VISIT : V-1
วันที่สร้าง VISIT : 22/5/2564 7:32:52

หน้าหลัก

REPORT CASE: 0 - **เข้าตรวจพบครั้งที่ 2**

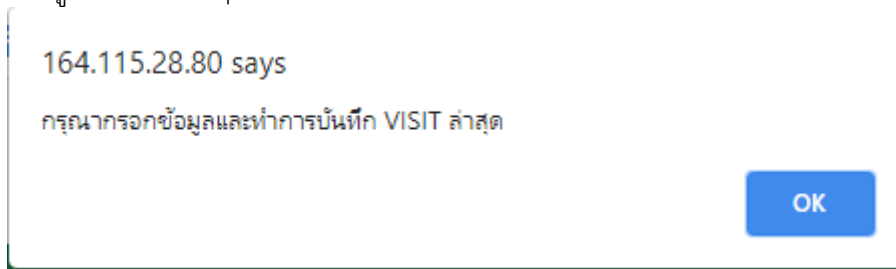
ข้อมูลภายใน รพ.
ชื่อผู้ป่วย: กัญชา ฤกษ์ใจ เพศ: ชาย อายุ: 40
เลขบัตร(ID): 9999999999999 HN: 64-1234

วันที่เข้าพบ
Invalid date/NaN

SCREENING

ผลการรักษา

หากยังบันทึกข้อมูลทั้งส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยและผลการรักษาของครั้งที่ผ่านมายังไม่ครบถ้วน ระบบจะไม่อนุญาตให้บันทึกข้อมูลของครั้งต่อไป



ให้กดปุ่มแก้ไขข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูลเดิมให้เรียบร้อยก่อน



หน้าหลัก

REPORT CASE: SCN-V-640000005-1-0 - **เข้าตรวจพบครั้งที่ 1**

ข้อมูลภายใน รพ.
ชื่อผู้ป่วย: ชอบใช้ กัญชา เพศ: ชาย อายุ: 34
เลขบัตร(ID): 1111111111111 HN: 1234

วันที่เข้าพบ
22/05/2564

SCREENING

ผลการรักษา

SCREENING : การคัดกรองผู้ป่วย

- ส่วนที่ 1-1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-2 ข้อมูลประวัติ/อาการสำคัญที่มาปรึกษาครั้งนี้ (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-3 แบบประเมินความเสี่ยงผลิตภัณฑักัญชาทางการแพทย์
- ส่วนที่ 1-4 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)
- ส่วนที่ 1-5 การให้ข้อมูล Pre-counseling (บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)
- ส่วนที่ 1-6 ความเห็นแพทย์ในการรักษา

ภาคผนวก

ขั้นตอนการใช้งานระบบรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์
สำหรับสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายกัญชา



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<p>ขั้นตอนที่ 1</p> <p>การยื่นคำขอใช้งานระบบ</p>	<p>Download แบบฟอร์มมอบอำนาจให้ใช้งานระบบ http://cannabis.fda.moph.go.th/ กรณีสถานพยาบาลที่ยังไม่มี HCODE ให้ดำเนินการขอ HCODE ด้วย ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอรหัสได้ที่ http://203.157.10.8/hcode_2014/download/p_requestform.pdf</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>➤ กรณีเป็นผู้ดำเนินการกิจการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง</p> <ol style="list-style-type: none"> หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบพร้อมสำเนา 1 ชุด สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร) เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจ ลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด <p>แบบฟอร์มกรณีผู้ดำเนินการใช้งานระบบเอง</p>  </div> <div style="width: 48%;"> <p>➤ กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นใช้งานระบบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบพร้อมสำเนา 1 ชุด สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งานระบบและของผู้มอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องอย่างละ 1 ชุด (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร) เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้ส่งสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจ ลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด <p>แบบฟอร์มกรณีมอบหมายให้ผู้อื่นใช้งานระบบแทน</p>  </div> </div>
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>จัดส่งเอกสารขอใช้งานระบบ</p>	<p>ทำได้ 2 ช่องทาง (เลือกทางใดทางหนึ่ง)</p> <p>ช่องทางที่ 1 : นำส่งด้วยตนเอง ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. ชั้น 5 อาคาร 7</p> <p>ช่องทางที่ 2 : ทางไปรษณีย์ ส่งถึงกองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. 88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000หากมีข้อสงสัย โปรดติดต่อ นางสาวณัญญา ชันทอง โทร 0 2590 7772</p> <p>หากมีการเปลี่ยนแปลง เช่น เจ้าหน้าที่โอนย้าย หรือลาออก ให้ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการแจ้งมายัง ออย. เพื่อขอยกเลิกสิทธิการใช้งานดังกล่าวสำหรับเจ้าหน้าที่ท่านนั้นทันทีด้วย</p>
<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>จัดส่ง username และ Password</p>	<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะจัดส่ง Username Password ให้ทาง e-Mail ตามที่ผู้ขอใช้งานระบบแจ้งไว้ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ สายด่วน 1330 กด 5 แล้วกด 3</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>การเข้าใช้งานระบบ</p>	<p>เข้าระบบผ่านทาง URL : http://drug.nhso.go.th/drugserver/secue/index.zul หรือผ่านทาง QR Code หรือผ่านทางหน้า website https://cannabis.fda.moph.go.th/elementor-3184/ ขั้นตอนการบันทึก</p> <p>บันทึกการคัดกรองผู้ป่วย → บันทึกการสั่งใช้กัญชา → บันทึกผลการรักษา → พิมพ์รายงานจากระบบ</p> <p>ผู้รับอนุญาตสามารถส่งรายงานรายเดือนและรายปีผ่านระบบสารสนเทศได้ทันที ระบบจะประมวลผลเป็นบัญชี และรายงานตามที่กฎหมายกำหนดให้โดยอัตโนมัติ</p> <p>ผู้รับอนุญาตไม่ต้องจัดส่งรายงานเป็นเอกสารซ้ำอีกครั้ง เป็นการลดภาระงานของผู้รับอนุญาต</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>QR codeการเข้าระบบ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>คู่มือการใช้งานระบบ</p>  </div> </div>

กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ ให้ใช้แบบฟอร์มดังนี้



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้จ่ายสุขภาพทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้จ่ายสุขภาพทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เวียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินงาน
ตามใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลรัฐ | ใบอนุญาตเลขที่..... |
| <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลเอกชน-นิติบุคคล | ใบอนุญาตเลขที่..... |
| <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลเอกชน-บุคคลธรรมดา | ใบอนุญาตเลขที่..... |
| <input type="checkbox"/> กรณีหมอพื้นบ้าน | ใบอนุญาตเลขที่..... |

ของสถานที่จำหน่ายชื่อ..... รหัสโรงพยาบาล (Hospital Code).....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

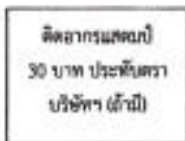
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของ
ผู้รับอนุญาต..... มีความประสงค์และยินยอมให้
(นาย/นาง/นางสาว)..... เลขบัตรประชาชน.....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบฯ และขอให้ส่ง username password เข้าใช้
งานระบบฯ มาให้ผู้รับมอบอำนาจทางอีเมล..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

การใดที่ (นาย/นาง/นางสาว)..... ได้กระทำลงไปภายใต้เงื่อนไข
ของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้อธิบายเหมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวของข้าพเจ้าเองทุกประการ และข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ดำเนินการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (ถ้ามีกรณี) ของผู้ขอใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
ของผู้ดูแลอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ถ้ามีไม่แนบพิกัด ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
- เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเลขที่ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
กรณีผู้ดำเนินการกิจการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ใบอนุญาต.....ใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย

- กรณีสถานพยาบาลรัฐ ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-นิติบุคคล ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-บุคคลธรรมดา ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีขอที่บ้าน ใบอนุญาตเลขที่.....

ของสถานที่จำหน่ายชื่อ.....รหัสโรงพยาบาล (Hospital Code).....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของ

ผู้รับอนุญาต.....มีความประสงค์ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้

กัญชาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบฯ และขอให้ ส่ง username
password เข้าใช้งานระบบ มาให้ข้าพเจ้าทางอีเมล.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้งานระบบ/ผู้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (ในวันต่อกรณี) ของผู้ขอใช้งานระบบ หรือมีรับรองสำเนาถูกต้อง
ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
- เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนานหนังสือรับรองการจดทะเบียนและชื่อบุคคลผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

สอบถามปัญหาข้อขัดข้องจากการใช้งานระบบ

กองควบคุมวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ : 0 2590 7343 , 0 2590 7772-3



สอบถามรายละเอียดในการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดต่อสอบถามได้ผ่านทาง QR code :



คู่มือการใช้งานสามารถ DOWNLOAD ได้จาก QR Code
หรือ DOWNLOAD จาก website กองควบคุมวัตถุเสพติด

