

สำเนาฉบับ

ที่ สธ ๑๐๐๓.๖/ว ๒๓

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง การนำส่งยาเสพติดที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘

เรียน

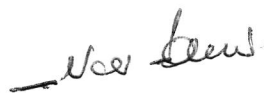
สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘

ด้วยสำนักงาน ป.ป.ส. ได้แจ้งเวียนประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย นั้น

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์เป็นไปตามประกาศฯ ในข้อ ๖(ก) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงขอให้สถานตรวจพิสูจน์ยาเสพติดที่มีความประสงค์จะนำส่งยาเสพติดตามประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ส่งหนังสือนำส่งพร้อมเอกสารตามแบบ ป.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ค-จ ล่วงหน้าเช่นเดียวกับการนำส่งยาเสพติดให้โทษของกลาง เพื่อจะได้ทำการตรวจรับและนำเก็บรักษาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเก็บรักษายาเสพติดให้โทษของกลาง พ.ศ. ๒๕๕๑ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ


(นายชาพล จิตมณี)

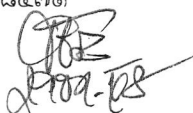
ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ

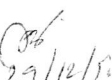
กรมการแพทย์แผนงาและสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กองควบคุมวัตถุเสพติด

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๗๗๗๕

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๗๑




29/12/58

๒๕๕๙ ๑๒ ๑๑/๕



กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ ๖๔๖
วันที่ 1 ส.ค. 2558

ที่ ยธ ๑๑๖๖/๑๕๖๖

สำนักงาน ป.ป.ส.

๕ ถนนดินแดง เขตพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๖

พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัย
เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๕๘

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัว
ผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัด
ฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘

คณะกรรมการความสงบแห่งชาติ ได้มีประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่
๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมาย
ที่เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู และการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ทั้งนี้ ตามที่ระบุในแนบท้าย
ประกาศคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ข้อ ๑ วรรคสาม กำหนดให้นำตัวผู้ต้องสงสัย
เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์
ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประกาศกำหนด

สำนักงาน ป.ป.ส. ได้จัดทำประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่าน
การบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘ เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย จึงขอประสาน
มายังท่านเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาประสานแจ้งหน่วยงานในสังกัดใช้ประโยชน์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

๑) เรียน ผอ.ศอ.ปส.สธ.
เพื่อโปรด
(✓) ทราบ
(✓) พิจารณา
()

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ รัตนานุกุล)

เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

- ศึกษารายงานเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

(นายวิศิษฐ์ศักดิ์ ทวีวัฒนปรีชา)

พยานวิชาชีพชำนาญการ
๒ ๓๓ ๕๕

กองประสานการบำบัดรักษายาเสพติด

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐ ๒๒๔๕ ๕๘๘๘

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ drb_oncb@hotmail.com

๒) ได้ส่งเอกสารแนบ
- นพ.วิศิษฐ์ศักดิ์
- นพ.วิเชียร
- อพ
- ส.น.ร.
น.ค.
(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

๒๖/๑๑/๒๕๕๘

กรณีผู้ต้องสงสัยตามวรรคหนึ่งไม่ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูตามประกาศนี้ ให้ดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒ แห่งประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒ ในกรณีผู้ต้องสงสัยตามข้อ ๑ มีสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด รับผิดชอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดนั้นไว้ โดยทำการตรวจสอบจำนวน ปริมาณ และน้ำหนักต่อหน้าผู้ต้องสงสัย บรรจุสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดดังกล่าวลงในภาชนะที่เรียบร้อย แข็งแรง และปลอดภัยเท่าที่จะกระทำได้ ลงลายมือชื่อผู้ต้องสงสัย และเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในแบบฉลากปิดภาชนะและปิดฉลากบนภาชนะบรรจุนั้น พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดโดยลงลายมือชื่อผู้ต้องสงสัยที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นผู้ส่งมอบและเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นผู้รับมอบไว้เพื่อเป็นหลักฐาน ตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ก. และแบบ ข. ท้ายประกาศนี้

(๒) ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดรับส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดทั้งหมดในสภาพที่ได้มีการดำเนินการไว้ตาม (๑) พร้อมหนังสือนำส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดเพื่อตรวจพิสูจน์ ตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ค. ท้ายประกาศนี้ และสำเนาบันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ไปตรวจพิสูจน์ที่สถานตรวจพิสูจน์ตามที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดโดยเร็ว

(๓) ให้สถานตรวจพิสูจน์รับสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่จัดส่งมาตาม (๒) ไว้เพื่อทำการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นยาเสพติดหรือไม่ ชนิด และประเภทใด ด้วยวิธีคุณภาพวิเคราะห์เพื่อยืนยันผลเมื่อได้ทำการตรวจพิสูจน์แล้ว ให้สถานตรวจพิสูจน์รายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้ส่วนราชการผู้นำส่งทราบภายในกำหนด ๑๕ วัน นับแต่วันที่สถานตรวจพิสูจน์ได้รับหนังสือนำส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดเพื่อตรวจพิสูจน์และให้ส่วนราชการผู้นำส่งจัดส่งสำเนารายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองทราบ

(๔) กรณีที่ผลการตรวจพิสูจน์สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดตาม (๓) ปรากฏว่าเป็นยาเสพติดตามบัญชีท้ายประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ให้สถานตรวจพิสูจน์ออกรายงานผลการตรวจพิสูจน์ ตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ง. ท้ายประกาศนี้

(๕) กรณีที่ผลการตรวจพิสูจน์สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดตาม (๓) ปรากฏว่าเป็นยาเสพติด แต่ไม่ใช่ยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด และประเภทที่กำหนด หรือเป็นยาเสพติดที่มีปริมาณหรือน้ำหนักเกินกว่าที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ให้สถานตรวจพิสูจน์ออกรายงานผลการตรวจพิสูจน์ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจับ ยึด และตรวจพิสูจน์ยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๓๗

(๖) การทำลายยาเสพติดที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์และสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ตรวจพิสูจน์แล้วปรากฏว่าไม่ใช่ยาเสพติด

(๗) กรณีที่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ หรือประเภท ๒ ให้สถานตรวจพิสูจน์จัดทำบัญชียาเสพติดที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์ ตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ จ. ท้ายประกาศนี้ และนำส่งยาเสพติดดังกล่าวไปเก็บรักษาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเก็บรักษาเสพติดให้โทษของกลาง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยอนุโลม

/ (ข) กรณี...

(ข) กรณีที่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ สารระเหยที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์ หรือสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ตรวจพิสูจน์แล้วปรากฏว่าไม่ใช่ยาเสพติด ให้สถานตรวจพิสูจน์ เป็นหน่วยงานที่เก็บรักษาและพิจารณาทำลายเมื่อพ้นระยะเวลา ๙๐ วัน นับแต่วันที่สถานตรวจพิสูจน์รับมอบ โดยให้สถานตรวจพิสูจน์มีหน้าที่จัดทำบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท ๕ สารระเหยที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์ หรือสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ตรวจพิสูจน์แล้วปรากฏว่าไม่ใช่ยาเสพติด ตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ฉ. ท้ายประกาศนี้ และพิจารณาทำลายโดยให้นาระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเก็บรักษา ยาเสพติดให้โทษของกลาง พ.ศ. ๒๕๕๑ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

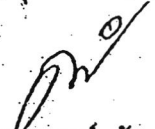
(๗) ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองบันทึกผลการตรวจพิสูจน์สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ตามรายงานการตรวจพิสูจน์ใน (๓) ลงในทะเบียนประวัติผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูและจัดเก็บรายงาน การตรวจพิสูจน์ดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานต่อไป"

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๕ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๗ และแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๘ ท้ายประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมิน เป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๗

ข้อ ๔ ให้เพิ่มแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ก. - ฉ. แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๕ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๗ และแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๘ ท้ายประกาศนี้ เป็นแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ แบบ ก. - ฉ. แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๕ แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๗ และแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๘ ท้ายประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๗

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘


(นายณรงค์ รัตนานุกุล)

เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

บันทึกผลการตรวจปัสสาวะ

สถานที่บันทึก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกฉบับนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
 อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ยินยอมให้.....ซึ่งเป็น เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. /พนักงานฝ่ายปกครอง/
 ดำรวจ ชั้นสัญญาบัตรชั้นไป/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ทำการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ
 โดยข้าพเจ้ายินยอมมอบตัวอย่างปัสสาวะให้ไปตรวจด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง
 โดยมี นาย/นาง/นางสาว/.....อายุ..... ปี
 ที่อยู่.....
 ซึ่งเป็น

- หัวหน้าชุดปฏิบัติการ ร่วมเป็นพยานในการตรวจไว้ด้วย
- เจ้าของสถานบริการ ผู้จัดการผู้ดูแลสถานที่ ร่วมเป็นพยานในการตรวจไว้ด้วย

อนึ่ง ในการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะและขอปัสสาวะไปตรวจในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกนาย
 ได้กระทำการตามอำนาจหน้าที่โดยมิได้บังคับ ชูเซ็น สลอลงหรือให้สัญญาใดๆ แต่อย่างใด มิได้ทำร้ายร่างกาย
 ผู้หนึ่งผู้ใดให้ได้รับอันตรายแก่กาย หรือจิตใจแต่อย่างใด มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ใดเสียหาย สูญหายเสื่อมค่า
 หรือไร้ประโยชน์แต่อย่างใด มิได้เรียกเอาทรัพย์สินของผู้ใดมาเป็นประโยชน์ส่วนตนหรือบุคคลที่สามแต่อย่างใด
 อ่านให้ฟังรับว่าถูกต้องตามความเป็นจริง จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปัสสาวะ/ยินยอมให้ตรวจฯ
 (ลงชื่อ).....หัวหน้าชุดปฏิบัติการ/เจ้าของสถานบริการผู้ดูแล(พยาน)
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ
 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ/บันทึก/อ่าน

ผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น

- พบสารเสพติด ให้ผลบวกกับชุดตรวจ.....
- ไม่พบสารเสพติด

ความยินยอมในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ยินยอม ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลการตรวจปัสสาวะตามที่ปรากฏข้างต้น เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบต่อหน้าข้าพเจ้าและ
 เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปัสสาวะ

การยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่.....

ได้รับทราบผลการตรวจปัสสาวะ พบว่ามีสารเสพติด ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับประโยชน์หากข้าพเจ้าเข้าบำบัดฟื้นฟูอย่างครบถ้วนแล้ว จึงยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามที่ศูนย์เพื่อการคัดกรองกำหนดให้และยินยอมให้ติดตามดูแลภายหลังการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องอีก ๑๒ เดือน

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

()

ลงชื่อ..... (๑).....(ผู้ให้ความยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

()

ลงชื่อ.....(๒).....(รับทราบ)

()

ลงชื่อ.....หัวหน้าชุดปฏิบัติการ

()

ลงชื่อ.....(พยาน)

()

ลงชื่อ.....(พยาน)

()

(๑) กรณีเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครอง หรือ ญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย “ให้ความยินยอม”

(๒) กรณีเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ไม่มีผู้ปกครอง หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ให้นายอำเภอในพื้นที่/ผู้อำนวยการเขต กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ ลงลายมือชื่อเพื่อ “รับทราบ”

บันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด
ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมัครใจขอเข้ารับการ
บำบัดฟื้นฟูครั้งนี้และยินยอมมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ข้าพเจ้ามีไว้ในครอบครองให้เจ้าหน้าที่
ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดไว้เพื่อเป็นหลักฐานและไม่ประสงค์รับสิ่งของดังกล่าวคืน โดยมีรายละเอียด
สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ดังนี้

.....
.....
.....

เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดดังกล่าวต่อหน้าข้าพเจ้า พบว่า ถูกต้อง
ตรงตามรายละเอียดที่บันทึกไว้ข้างต้นแล้ว จึงร่วมกันลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งมอบ)

(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้รับมอบ)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ฉลากปิดภาชนะบรรจุสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด
 ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗
 ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลักษณะสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด (ระบุ ผง เม็ด หลอด สี ฯลฯ)

.....

จำนวน/ปริมาณ/น้ำหนัก

.....

ลายมือชื่อผู้ส่งมอบ.....

ลายมือชื่อผู้รับมอบ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ผู้ส่งมอบ หมายถึง ผู้ต้องสงสัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

ผู้รับมอบ หมายถึง เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด และ/หรือ เจ้าหน้าที่
 สถานตรวจพิสูจน์



ที่.....

...(ชื่อส่วนราชการผู้นำส่ง)...

...(ที่อยู่ส่วนราชการผู้นำส่ง)...

...(วัน เดือน ปี)...

เรื่อง ขอนำส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดเพื่อตรวจพิสูจน์ ตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

เรียน(สถานตรวจพิสูจน์).....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาบันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด
๒. สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด จำนวน.....เม็ด หรือ น้ำหนัก.....

ด้วย.....(เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด).....ได้รับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดจากผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดทั้งหมดไปตรวจพิสูจน์ที่สถานตรวจพิสูจน์ ตามที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดโดยเร็ว

.....(เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด).....จึงขอส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ดังกล่าว พร้อมทั้งสำเนาบันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดมาเพื่อการตรวจพิสูจน์ ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง.....

โทร.....



แบบ ง.

ที่.....

...(ชื่อสถานที่และที่ตั้ง)...

...(วัน เดือน ปี)...

เรื่อง รายงานการตรวจพิสูจน์สิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

เรียน(หัวหน้าส่วนราชการผู้นำส่ง).....

อ้างถึง

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้นำส่งสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด โดย.....(ผู้นำส่ง).....ได้นำสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ลักษณะสิ่งของต้องสงสัยเป็น.....ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง).....เพื่อทำการตรวจพิสูจน์ ซึ่งสถานตรวจพิสูจน์ได้รับไว้ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และได้ทำการตรวจพิสูจน์แล้ว ปรากฏผลตามรายงานการตรวจพิสูจน์ท้ายหนังสือนี้ ทั้งนี้ ขอความร่วมมือจัดส่งสำเนาผลการตรวจพิสูจน์ให้กับ...(ศูนย์เพื่อการคัดกรอง)... เพื่อดำเนินการบันทึกผลการตรวจพิสูจน์ลงในทะเบียนประวัติผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และจัดเก็บรายงานผลการตรวจพิสูจน์ดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง.....

โทร.....

รายงานการตรวจพิสูจน์

ทะเบียนตรวจที่.....

รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาตรวจ

ผลการตรวจพิสูจน์

ยาเสพติดที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

บัญชีแสดงรายละเอียดยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ ที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์

(ซึ่งเป็นสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗)

ลำดับ ที่	เลขที่หนังสือ นำส่งสิ่งของ ต้องสงสัยว่า เป็นยาเสพติด	หน่วย ราชการที่ นำส่ง	ลักษณะ สิ่งของต้อง สงสัยว่าเป็น ยาเสพติด	หนังสือนำส่ง จากสถาน ตรวจพิสูจน์	ผลการตรวจพิสูจน์				หมายเหตุ	
					ทะเบียน ตรวจที่	ชื่อยาเสพติด	น้ำหนักก่อน การตรวจ พิสูจน์	น้ำหนักสุทธิ		น้ำหนักซึ่ง ทิ้งที่เหลือ

(ลงชื่อ)ผู้ส่งมอบ

ตำแหน่ง.....

บัญชีแสดงรายละเอียดยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ สารระเหย และสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ตรวจพิสูจน์แล้วปรากฏว่าไม่ใช่ยาเสพติดที่เลือกจากการตรวจพิสูจน์

(ซึ่งเป็นสิ่งของต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗)

ลำดับ ที่	เลขที่หนังสือ นำส่งสิ่งของ ต้องสงสัยว่า เป็นยาเสพติด	หน่วย ราชการที่ นำส่ง	ลักษณะ สิ่งของต้อง สงสัยว่าเป็น ยาเสพติด	หนังสือนำส่ง จากสถาน ตรวจพิสูจน์	ผลการตรวจพิสูจน์				หมายเหตุ
					ทะเบียน ตรวจที่	ชื่อยาเสพติด/ สารที่ไม่ใช่ ยาเสพติด	น้ำหนักก่อน การตรวจ พิสูจน์	น้ำหนักสุทธิ	

(ลงชื่อ)ผู้ส่งมอบ

ตำแหน่ง.....

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อศูนย์จำแนกคัดกรอง.....จังหวัด.....

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....วัน/เดือน/ปี เกิด.....

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส แยกกันอยู่ หย่า หม้าย

สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น ไม่มีการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

ปริญญาตรีขึ้นไป การศึกษาทางศาสนา การศึกษาอื่นๆ ระบุ.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

อาชีพปัจจุบัน อาชีพหลัก ระบุ.....

อาชีพเสริม ระบุ.....

ว่างาน นักเรียน/นักศึกษาระบุระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ
 เพื่อน อยู่คนเดียว อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการใช้ยาเสพติด

ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ..... ปี ชนิดยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.....

สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ระบุ 1 ข้อ) เพื่อนชวน อายากลอง ความสนุกสนาน

ทำให้หายป่วย ไม่สบายใจ ช่วยงานอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

ยารักษาโรคที่ใช้ประจำ ไม่มี มี ระบุ.....

ผลการจำแนก ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ติดรุนแรง

มีโรคแทรกซ้อนทางกาย มีโรคแทรกซ้อนทางจิต

เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ จำนวน.....ครั้ง

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู

สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่.....(๑).....

ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่.....(๒).....

ระยะเวลา.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

การรักษาโรคร่วมทางกายและทางจิต ที่.....(๓).....

ลงชื่อ.....(ผู้คัดกรอง)

()

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

()

ผู้ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวภายในระยะเวลาดังนี้

- ๑) สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายใน ๑๐ วันนับจากวันที่คัดกรอง
- ๒) ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวันที่กำหนดในแบบคัดกรอง

*การคัดกรองให้ใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข

(๑) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

(๒) ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(๓) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อเข้ารับการรักษาอาการทางกายหรืออาการทางจิต

ทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....(๑).....

จัดทำทะเบียนประวัติโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่วันที่.....ถึง วันที่.....

รุ่น...../ลำดับที่.....

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส แยกกันอยู่ หย่า หม้าย

สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น ไม่มีการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

ปริญญาตรีขึ้นไป การศึกษาทางศาสนา การศึกษาอื่นๆ ระบุ.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

อาชีพปัจจุบัน อาชีพหลักระบุ..... อาชีพเสริม.....

ว่างาน นักเรียน/นักศึกษาาระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ

เพื่อน อยู่คนเดียว อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการใช้ยาเสพติด

ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ..... ปี ชนิดยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.....

สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ระบุ 1 ข้อ) เพื่อนชวน อายกลอง ความสนุกสนาน

ทำให้หายป่วย ไม่สบายใจ ช่วยงานอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

ข้อสังเกต

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๑) ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการบำบัดฟื้นฟู

บำบัดฟื้นฟูครบโปรแกรม

บำบัดฟื้นฟูไม่ครบโปรแกรม

ส่งต่อเข้าไปฟื้นฟูในสถานพยาบาล.....

ออกจากการบำบัดฟื้นฟูก่อนครบกำหนด (หลบหนี)

ตรวจสอบภายหลังพบว่าเป็นผู้อยู่ระหว่างดำเนินคดีอื่น

เสียชีวิต

อื่นๆ ระบุ.....

แบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ

แบบสำรวจนี้มีประโยชน์สำหรับท่านโดยใช้ประกอบการวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ด้านการฝึกอาชีพ/การมีงานทำ ด้านการศึกษา ด้านเงินทุนสนับสนุน หรือด้านอื่นๆ

ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า หม้าย แยกกันอยู่

ระดับการศึกษาสูงสุด..... จาก.....

อาชีพปัจจุบัน ๑. อาชีพหลักระบุ..... อาชีพเสริม(ถ้ามีระบุ).....

๒.ว่างงาน

๓. นักเรียน/นักศึกษาาระบุดระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือ

ไม่ต้องการ เนื่องจาก.....

ต้องการ ในด้าน

การศึกษา ระบุ.....

อาชีพ ระบุ.....

อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ประจำค่าย/สถานพยาบาล

ผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

แบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟู
ควรรสมีภาษณ์ผู้รับบริการต่อหน้า ดังนี้

ชื่อ - สกุล (ผู้รับบริการ)

อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน

หมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน

หมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร

- บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน
 อยู่คนเดียว อื่นๆ ระบุ

เบอร์โทรศัพท์ ๑. (ผู้รับบริการ)

๒. (ญาติ)

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

ยารักษาโรคที่ใช้ประจำ ไม่มี มี ระบุ

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการชื่อ.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....
.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....

โปรแกรมการติดตามดูแลต่อเนื่อง

โดยวิธีการติดตาม ไปติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำมารายงานตัว
 เดินทางมารายงานตัวด้วยตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย เมื่อทำการติดตามในแต่ละครั้ง (ทำเครื่องหมายได้มากกว่า 1 ช่อง)

การติดตามดูแลต่อเนื่องครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. สถานะของผู้รับบริการ

ไม่พบ เนื่องจาก

ย้ายที่อยู่

กรอกที่อยู่ใหม่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เปลี่ยนที่ทำงาน ถูกจับ เสียชีวิต ติดตามไม่ได้ อื่นๆ ระบุ

พบ

ไม่เสพ

เสพ

() ใช้ ๑.-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ () ใช้มากกว่า ๒ ครั้งต่อสัปดาห์

๒. สภาพร่างกาย แข็งแรง อ่อนแอ เจ็บป่วย/ทรุดโทรม

๓. สภาพจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ปกติ ซึมเศร้า/แยกตัว ก้าวร้าว

ทวาดระวางโดยไม่มีเหตุผล หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

๔. สัมพันธภาพในครอบครัว ยอมรับ ไม่ยอมรับ

๕. สัมพันธภาพในชุมชน ยอมรับ ไม่ยอมรับ

๖. สถานะการศึกษา กำลังศึกษาอยู่ ระดับ..... ปีที่ สถานศึกษา

จบการศึกษา

ไม่ได้เรียน

๗. สถานะการประกอบอาชีพ

มีอาชีพ คือ

ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ทหาร/ตำรวจ

พนักงานบริษัทเอกชน พนักงานโรงแรม

รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน การค้าขาย

การเกษตร การคมนาคม นักบวช

อื่นๆ

ว่างงาน

๘. ความต้องการความช่วยเหลือ

ไม่ต้องการ เนื่องจาก มีงานทำ เรียน/ศึกษาต่อ อื่นๆ

ต้องการ

การศึกษา ระบุ.....

จัดหางานให้ทำ ระบุ.....

การฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ.....

เงินทุนประกอบอาชีพ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท

รักษาสุขภาพ ระบุ.....

อื่นๆ ระบุ

๙. การได้รับความช่วยเหลือ

ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ

ได้รับความช่วยเหลือแล้ว คือ

จัดการศึกษาให้ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

จัดหางานให้ทำ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

ฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

ให้ทุนประกอบอาชีพ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท วัน/เดือน/ปี.....

ส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

อื่นๆ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ส่งต่อไปยังจังหวัด (ศอ.ปส.จ.)

๑๐. พฤติกรรมความเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง มีแนวโน้มใช้ยาเสพติดมากขึ้น ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว

ขาดเรียน/หยุดงาน ก่ออาชญากรรม จี้ปล้น ชิงทรัพย์ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

อื่นๆ ระบุ

๑๑. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ (สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ติดตาม)

.....
.....
.....
