

ใบสั่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2 และ 5

ข้าพเจ้า.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบประกอบโรคศิลป์.....
 ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ระบุรายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่าย ขนาด/วิธีใช้ และจำนวน (1 ใบ ต่อ 1 รายการยา)

<input type="radio"/> Morphine inj.(10mg/ml/Amp).....	จำนวน.....	Amp
<input type="radio"/> Pethidine inj.(50mg/ml/Amp).....	จำนวน.....	Amp
<input type="radio"/> Fentanyl inj.(100mcg/2ml/Amp).....	จำนวน.....	Amp
หมายเหตุ: ยาฉีด (1) 1 ใบ ต่อการใช้ 1 ครั้ง (2) จำนวนจ่ายตามใช้จริงที่นำ amp . เปล่ามาแลก		
<input type="radio"/> Morphine IR 10mg tab P.O. q.....hr prn for pain/dyspnea	จำนวน.....	เม็ด
<input type="radio"/> Morphine Syr. (2mg/ml) ml P.O. q.....hr prn for pain	จำนวน.....	ขวด (60ml/ขวด)
<input type="radio"/> Kapanol® (Morphine) 20 mg cap P.O. q.....hr	จำนวน.....	แคปซูล
<input type="radio"/> Morphine MST 10mg tab P.O. q.....hr	จำนวน.....	เม็ด
<input type="radio"/> Fentanyl TTS 25mg/hr patch q 72 hr	จำนวน.....	แผ่น
<input type="radio"/> Codeine 15mg tab P.O.	จำนวน.....	เม็ด
<input type="radio"/> Methadone 5mg tab P.O. q.....hr	จำนวน.....	เม็ด
<input type="radio"/> Oxycodone 10mg tab P.O. q.....hr	จำนวน.....	เม็ด
<input type="radio"/> กัญชา.....	จำนวน.....	
<input type="radio"/>		

ให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....HN.....AN.....
 ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ห้องยาแปะฉลากยา	บันทึกการใช้ และทำลายยา
	จำนวนยาที่ใช้ครั้งที่ 1.mg(ml) ผู้ฉีด.....
	จำนวนยาที่ใช้ครั้งที่ 2.mg(ml) ผู้ฉีด.....
	จำนวนยาที่ใช้ครั้งที่ 3.mg(ml) ผู้ฉีด.....
	จำนวนยาที่ใช้ครั้งที่ 4.mg(ml) ผู้ฉีด.....
	จำนวนยาที่เหลือทำลาย.....mg(ml) ผู้ทำลาย.....
	วันที่ทำลาย.....เวลา.....
	พยาน.....

ผู้จ่าย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....แพทย์ผู้ออกใบสั่ง