

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง มีไว้ในครอบครอง
ได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ตามมาตรา 90 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

“มีการสั่งใช้...ต้องทำบัญชีทุกกรณี แม้ไม่ได้ขอใบอนุญาต”

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

ลำดับ	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์	หน่วย
1	อะม็อบาร์บิทัล (amobabital)	10	กรัม
2	เพนตาโซซีน (pentazocine)	1	กรัม
3	เพนโตบาร์บิทัล (pentobarbital)	10	กรัม

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

ลำดับ	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์	หน่วย
1	โบรมาซีแพม (bromazepam)	6	กรัม
2	คลอร์ไดอาซีพอกไซด์ (chlordiazepoxide)	250	กรัม
3	โคลบาแซม (clobazam)	10	กรัม
4	โคลนาซีแพม (clonazepam)	20	กรัม
5	คลอราซีแพท (clorazepate)	10	กรัม
6	ไดอาซีแพม (diazepam)	10	กรัม
7	ลอร่าซีแพม (lorazepam)	2	กรัม
8	เมดาซีแพม (medazepam)	10	กรัม
9	ฟีโนบาร์บิทัล (phenobarbital)	100	กรัม
10	พินาซีแพม (pinazepam)	5	กรัม
11	ปราซีแพม (prazepam)	10	กรัม
12	โทฟีโซแพม (tofisopam)	50	กรัม

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดชื่อและปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง มีไว้ในครอบครองได้ตามมาตรา 90 พ.ศ. 2561
ประกาศ ณ วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2561

การจัดทำบัญชีวัตถุออกฤทธิ์

รายการวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒			
<input type="checkbox"/>	Alprazolam	<input type="checkbox"/>	Midazolam
<input type="checkbox"/>	Amfepramone	<input type="checkbox"/>	N-Ethylamphetamine
<input type="checkbox"/>	Amineptine	<input type="checkbox"/>	Nimetazepam
<input type="checkbox"/>	Aminorex	<input type="checkbox"/>	Nitrazepam
<input type="checkbox"/>	Brotizolam	<input type="checkbox"/>	Pemoline
<input type="checkbox"/>	Buprenorphine	<input type="checkbox"/>	Phencyclidine
<input type="checkbox"/>	Butorphanol	<input type="checkbox"/>	Phendimetrazine
<input type="checkbox"/>	Cathine	<input type="checkbox"/>	Midazolam
<input type="checkbox"/>	Ephedrine	<input type="checkbox"/>	Phenmetrazine
<input type="checkbox"/>	Estazolam	<input type="checkbox"/>	Phentermine
<input type="checkbox"/>	Fencamfamin	<input type="checkbox"/>	Phenylpropanolamine
<input type="checkbox"/>	Fenethylline	<input type="checkbox"/>	Pipradrol
<input type="checkbox"/>	Flunitrazepam	<input type="checkbox"/>	Pseudoephedrine
<input type="checkbox"/>	Flurazepam	<input type="checkbox"/>	Quazepam
<input type="checkbox"/>	Haloxazolam	<input type="checkbox"/>	Secobarbital
<input type="checkbox"/>	Ketamine	<input type="checkbox"/>	Temazepam
<input type="checkbox"/>	Loprazolam	<input type="checkbox"/>	Triazolam
<input type="checkbox"/>	Lormetazepam	<input type="checkbox"/>	Zaleplon
<input type="checkbox"/>	Mazindol	<input type="checkbox"/>	Zipeprol
<input type="checkbox"/>	Mesocarb	<input type="checkbox"/>	Zolpidem
<input type="checkbox"/>	Methylphenidate	<input type="checkbox"/>	Zopiclone
รายการวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓			
Amobarbital* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Meprobamate	
Butalbital	<input type="checkbox"/>	Pentazocine* (ครอบครองได้ 1 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Cyclobarbital	<input type="checkbox"/>	Pentobarbital* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Glutethimide	<input type="checkbox"/>		
รายการวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔			
Allobarbita	<input type="checkbox"/>	Halazepam	
Barbital	<input type="checkbox"/>	Inorganic bromide	
Benzphetamine	<input type="checkbox"/>	Ketazolam	
Bromazepam* (ครอบครองได้ 6 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Lorazepam* (ครอบครองได้ 2 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Butobarbital	<input type="checkbox"/>	Medazepam* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Camazepam	<input type="checkbox"/>	Mefenorex	
Chloral hydrate	<input type="checkbox"/>	Methylphenobarbital	
Chlordiazepoxide* (ครอบครองได้ 250 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Methypylon	
Chlorphentermine	<input type="checkbox"/>	Nordazepam	
Clobazam* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Oxazepam	
Clonazepam* (ครอบครองได้ 20 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Oxazolam	
Clorazepate* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Perlapine	
Monopotassium salt	<input type="checkbox"/>	Phenobarbital* (ครอบครองได้ 100 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Dipotassium of Clorazepic acid	<input type="checkbox"/>	Pinazepam* (ครอบครองได้ 5 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	
Clortermine	<input type="checkbox"/>	Prazepam* (ครอบครองได้ 10 กรัม โดยไม่ต้องขออนุญาต)	

รายการวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔ (ต่อ)		
Clotiazepam	<input type="checkbox"/>	Propylhexedrine
Clozapolam	<input type="checkbox"/>	Pyrovalerone
Delorazepam	<input type="checkbox"/>	Secbutabarbital
Diazepam* (ครอบครองได้ 10 g โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	SPA
Ethchlorvynol	<input type="checkbox"/>	Tetrazepam
Ethinamate	<input type="checkbox"/>	Tofisopam* (ครอบครองได้ 50 g โดยไม่ต้องขออนุญาต)
Ethyl loflazepate* (ครอบครองได้ 10 g โดยไม่ต้องขออนุญาต)	<input type="checkbox"/>	Vinylbital

สรุป

วัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 2 ใช้แบบบัญชี ดังนี้

บัญชีแสดงการขายให้ผู้ป่วยแต่ละราย ใช้แบบ บ.ว.จ.2-ขพ

รายเดือน ใช้แบบ ร.ขจ.2/เดือน

รายปี ใช้แบบ ร.ขจ.2/ปี

วัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 3,4 ใช้แบบบัญชี ดังนี้

บัญชีแสดงการรับจ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละราย ใช้แบบ บ.ว.จ.-คค1

รายเดือน ใช้แบบ ร.วจ.3/4/เดือน

รายปี ใช้แบบ ร.วจ.3/4/ปี

แบบ บัญชีรายเดือนและรายปี สำเนาเอกสาร ส่งที่

กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ส่งทุกเดือน และทุกปีล่าสุดไม่เกิน 1 เดือน

เอกสารฉบับจริงเก็บรักษาไว้ที่สถานพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

มีข้อสงสัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค 055-614271

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุดิบในประเภท ๒

ประจำเดือน พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาตใบอนุญาตที่

สถานที่ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุดิบในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ วัตถุดิบในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
รวม											

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ
(.....)

หมายเหตุ : (๑)* ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำปี พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต ใบอนุญาตที่ /

สถานที่ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒(หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม						
กุมภาพันธ์						
มีนาคม						
เมษายน						
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีรับ - จ่ายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....

สถานที่ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

ชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์/วัตถุตำรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี)

ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต.....ชื่อเลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต.....

วัน เดือน ปี	จ่ายให้แก่			จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)				ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ**	หมายเหตุ
	ชื่อผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้	อายุ (ปี)	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
รวม									

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น "มิลลิลิตร" หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น "เม็ด" หรือ "แคปซูล" หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น "ampule" หรือ "vial" ฯลฯ

(๒) ** โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔

สำหรับผู้มีหน้าที่เสนอรายงานต่อเลขานุการ ตามมาตรา ๔๗ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๔

ประจำเดือน พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน..... ชื่อสถานที่

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร

ได้รับอนุญาตให้ ผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย มีไว้ในครอบครอง ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔

ใบอนุญาตเลขที่ / เลขที่ /

ขอรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
รวม											

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน
(.....)

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุดิบในประเภท ๓ หรือประเภท ๔

สำหรับผู้มีหน้าที่เสนอรายงานต่อเลขานุการ ตามมาตรา ๔๗ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.

ประจำปี

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน..... ชื่อสถานที่

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์ โทรสาร

ได้รับอนุญาตให้ ผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย มีไว้ในครอบครอง ซึ่งวัตถุดิบในประเภท ๓ หรือประเภท ๔

ใบอนุญาตเลขที่ / เลขที่ /

ขอรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุดิบในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ วัตถุดิบในประเภท ๓ หรือประเภท ๔	จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบ (หน่วย.....)*				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม						
กุมภาพันธ์						
มีนาคม						
เมษายน						
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน

.....