

คู่มือการใช้ระบบสารสนเทศ

รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์
และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

แก้ไขปรับปรุงครั้งที่3 (มีนาคม2563)

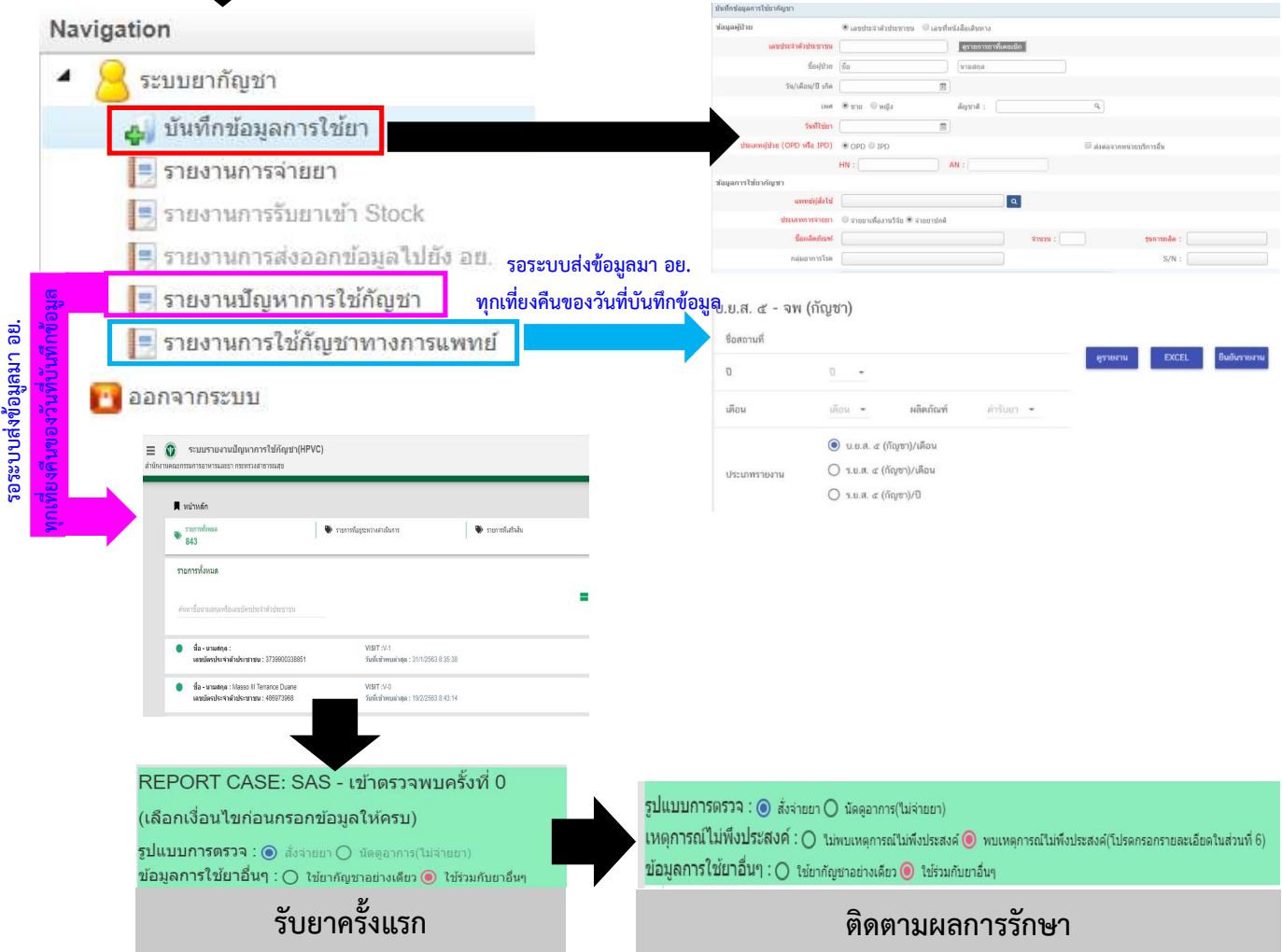


สำหรับสถานพยาบาลที่เป็น
ผู้รับอนุญาตจำหน่าย/ครอบครองกัญชา

จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

ภาพรวมการรายงาน

การส่งใช้กัญชาและการรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์



บันทึก/ตรวจสอบข้อมูล 5 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการใช้ยาอื่น (ถ้ามี)
 - ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต
- ดึงข้อมูลมาจากข้อมูลการใช้ยาของ สปสช. ให้ตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม
- บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

บันทึก/ตรวจสอบข้อมูล 4 ส่วน

- ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 7 ข้อมูลผล Lab (ถ้าผิดปกติ)
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ถ้ามี)
- ส่วนที่ 8 ข้อมูลผลการรักษา

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ภาพรวมการรายงานการสั่งใช้กัญชาและการรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชา ทางการแพทย์	2
สรุปขั้นตอนการขอใช้งานระบบการรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์	4
บทที่ 1 การขอ user name และ password เพื่อเข้าใช้ระบบ	5
บทที่ 2 การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์	
2.1 การเข้าระบบและบันทึกข้อมูล	8
2.2 การแก้ไขข้อมูล	20
2.3 การลบข้อมูล	22
2.4 การส่งรายงานประจำเดือนและประจำปี	25
2.5 การตรวจสอบการรับเข้ากัญชาทางการแพทย์	29
บทที่ 3 การบันทึกข้อมูลรายงานปัญหาการใช้กัญชา	31
บทที่ 4 ติดต่อเจ้าหน้าที่	39
บทที่ 5 แบบฟอร์มต่าง ๆ	
4.1 แบบฟอร์มขอเข้าใช้ระบบ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ	41
4.2 แบบฟอร์มขอเข้าใช้ระบบ กรณีผู้ดำเนินกิจการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง	42
4.3 แบบฟอร์มรายงานสำหรับผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์	5
4.3.1 แบบฟอร์มบัญชีรับจ่าย	43
4.3.2 แบบฟอร์มรายงานประจำเดือน	44
4.3.3 แบบฟอร์มรายงานประจำปี	45
4.4 แบบฟอร์มรายงานสำหรับผู้รับอนุญาตครอบครองเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์	5
4.4.1 แบบฟอร์มบัญชีรับจ่าย	46
4.4.2 แบบฟอร์มรายงานประจำเดือน	47
4.4.3 แบบฟอร์มรายงานประจำปี	48

ขั้นตอนการขอใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต



ผู้ที่มีสิทธิ์ขอใช้งานระบบจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายยากัญชาเท่านั้น

แบบฟอร์ม :

กรณีผู้ดำเนินการใช้ระบบเอง
กรณีมอบให้ผู้อื่นใช้งานระบบ

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มคำขอใช้ระบบได้จาก

<http://cannabis.fda.moph.go.th>



กรณีผู้ดำเนินการใช้ระบบเอง



กรณีมอบให้ผู้อื่นใช้งานระบบ

หลักฐานประกอบคำขอใช้ระบบ

กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบเอง

1. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ พร้อมสำเนา 1 ชุด
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ขอใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
3. เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นใช้งานระบบ

1. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ พร้อมสำเนา 1 ชุด
2. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ขอใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
3. เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

ยื่นคำขอใช้ระบบ

ทำได้ 2 ช่องทาง (เลือกทางใดทางหนึ่ง)

ช่องทางที่ 1 : นำส่งด้วยตนเอง ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด ออย. ชั้น 5 อาคาร 7

ช่องทางที่ 2 : ทางไปรษณีย์ ส่งถึง กองควบคุมวัตถุเสพติด ออย.

88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000.

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ 02-590 7772-7773

การรับ User และ Password
เข้าใช้งานระบบ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะจัดส่งให้ทาง E-mail ตามที่ผู้ขอใช้งานระบบแจ้งไว้



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ สายด่วน 1330 กด 5 แล้ว กด 3

บทที่ 1

การขอ user name และ password เพื่อเข้าใช้ระบบ

การเข้าใช้ระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลการสั่งใช้รักษาทางการแพทย์นั้น ผู้ใช้งานต้องส่งคำขอเข้าใช้ระบบมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอ username และ password ในการเข้าใช้ระบบ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ส่งหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้รักษาทางการแพทย์และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตที่มีการลงนามจากผู้มอบอำนาจหรือผู้ดำเนินการแล้วแต่กรณี ส่งมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามแบบฟอร์มที่กำหนด กรณีผู้มอบอำนาจขอใช้งานระบบ ให้ใช้แบบฟอร์มดังนี้

**หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้รักษาทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
กรณีผู้มอบอำนาจขอใช้งานระบบ**

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้รักษาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินการ
ตามใบอนุญาตจำหน่ายหรือรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย

กรณีสถานพยาบาลรัฐ.....ใบอนุญาตเลขที่.....
 กรณีสถานพยาบาลเอกชน-นิติบุคคล.....ใบอนุญาตเลขที่.....
 กรณีสถานพยาบาลเอกชน-บุคคลธรรมดา.....ใบอนุญาตเลขที่.....
 กรณีหมอพื้นบ้าน.....ใบอนุญาตเลขที่.....

ของสถานที่จำหน่ายชื่อ.....รหัสโรงพยาบาล (Hospital Code).....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีแม.....
ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของ
ผู้รับอนุญาต.....มีความประสงค์และยินยอมให้
(นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....
เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบ และขอให้ส่ง username password เข้าใช้
งานระบบฯ มาให้ผู้รับมอบอำนาจทางอีเมล.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

การใดที่ (นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำไปภายใต้เงื่อนไข
ของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ดำเนินการ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ติดอากรแสตมป์
30 บาท ประทับตรา
บริษัทฯ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (ถ้ามี) ของผู้ขอใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ต้องไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
- เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนและชื่อ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบ ให้ใช้แบบฟอร์มดังนี้



**หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง**

เขียนที่ _____
วันที่ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรื่อง ขอใช้ใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เป็นต้น ผู้ดำเนินการขอความขออนุญาต

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____
เลขที่ประชาชน _____ ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาตจำนวน _____ ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย

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 _____ โทรสาร _____
 ชื่อผู้รับอนุญาต _____ เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของ
 ผู้รับอนุญาต _____ มีความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการ
 ใช้กัญชาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และขอมติปฏิบัติตนตามกฎหมายและเงื่อนไขในการเข้าใช้งานฯ และขอให้ ส่ง username
 password เข้าใช้งานระบบ มาให้ข้าพเจ้าทางอีเมล เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณ

ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้งานระบบ/ผู้ดำเนินการ
 (_____)

หมายเหตุ : ขอแจ้งเบ็ดเตล็ดฐานประกอบพิจารณา ดังนี้
 1. ส่วนของบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวมีไว้สำหรับกรอกข้อมูลเท่านั้น (ไม่คัดลอก) ขอผู้ใช้งานระบบ พร้อมบัตรประชาชนผู้ดูแล
 ของผู้ดูแลระบบ และผู้ดูแลระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ผู้ดูแลระบบ) ไว้ที่โต๊ะทำงาน
 2. เมษายน 2563 ผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ผู้มีอำนาจควบคุมสินค้าฯ ฉบับล่าสุด

2. เปิด e-Mail เพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ใช้งานระบบก่อนเข้าไปเปลี่ยน Password ก่อนเข้าใช้งาน

ระบบ



[สปสข.] : ระบบแจ้งรหัสผ่าน/สิทธิการเข้าใช้งาน

จาก: dc@nhso.go.th

ถึง: mooparn@fda.moph.go.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แจ้งรายละเอียดผู้ใช้งานดังนี้

หน่วยงาน : รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์

จังหวัด : ปราจีนบุรี

ชื่อผู้ใช้ : บุณณดา ทิรัญเจริญ

รหัสผู้ใช้ : 6208416246398

รหัสผ่าน : 5m4hpoBB

ระบบที่มีสิทธิใช้งาน :

1. ระบบสารสนเทศการใช้กัญชาทางการแพทย์

กรุณาเปลี่ยนรหัสผ่านใหม่เมื่อเข้าสู่ระบบเพื่อความปลอดภัย

เข้าสู่ระบบได้ที่ <http://dc.nhso.go.th/datacenter/entry.jsp>

พบปัญหากรุณาแจ้งผู้ดูแลระบบ

โทร.1330 กด 5 กด 3 หรือ E-mail Address : ithelpdesk@nhso.go.th

บทที่ 2

การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการใช้กัญชาทางการแพทย์

การเข้าใช้งานระบบสารสนเทศการใช้กัญชาทางการแพทย์ จะใช้ Username และ Password ที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.1 การเข้าระบบและบันทึกข้อมูล

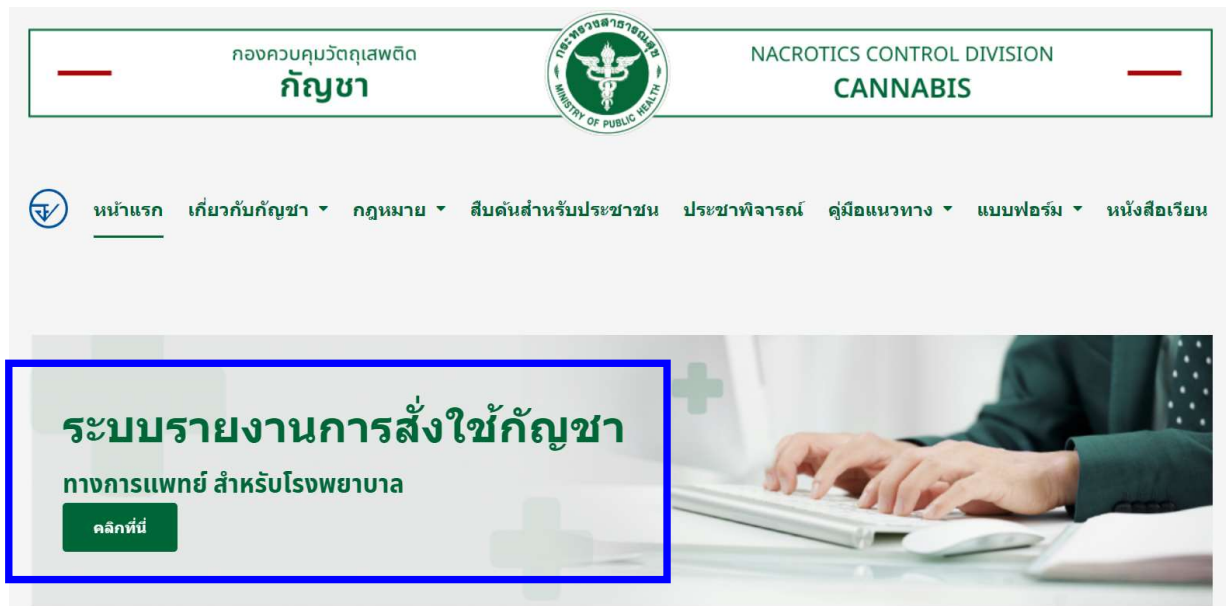
1) เข้าระบบผ่านทาง URL :

<http://drug.nhso.go.th/drugserver/secue/index.zul> หรือผ่านทาง QR code



หรือเข้าระบบผ่านทางหน้า web site กัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทาง URL :

<http://cannabis.fda.moph.go.th/> จากนั้น เลือก ระบบรายงานการสั่งใช้กัญชา



The screenshot shows the header of the Cannabis Control Division website. On the left, it says 'กองควบคุมวัตถุเสพติด กัญชา' (Drug Control Division Cannabis). In the center is the logo of the Ministry of Public Health. On the right, it says 'NARCOTICS CONTROL DIVISION CANNABIS'. Below the header is a navigation menu with items: 'หน้าแรก', 'เกี่ยวกับกัญชา', 'กฎหมาย', 'สื่อบนสำหรับประชาชน', 'ประชาพิจารณ์', 'คู่มือแนวทาง', 'แบบฟอร์ม', and 'หนังสือเวียน'. A blue box highlights a button that says 'ระบบรายงานการสั่งใช้กัญชา' (Cannabis Prescription Reporting System) for hospitals, with a 'คลิกที่นี่' (Click here) button below it. The background of the screenshot shows a person's hands typing on a keyboard.

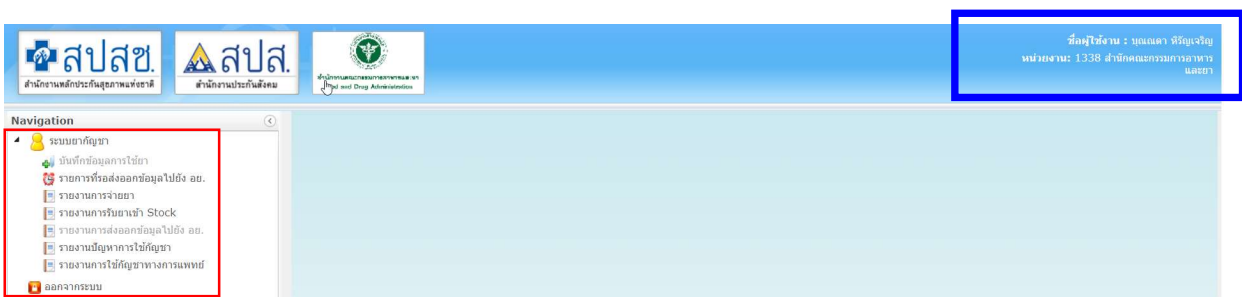
เลือก การส่งจ่ายกัญชาและความปลอดภัยจากการใช้กัญชา



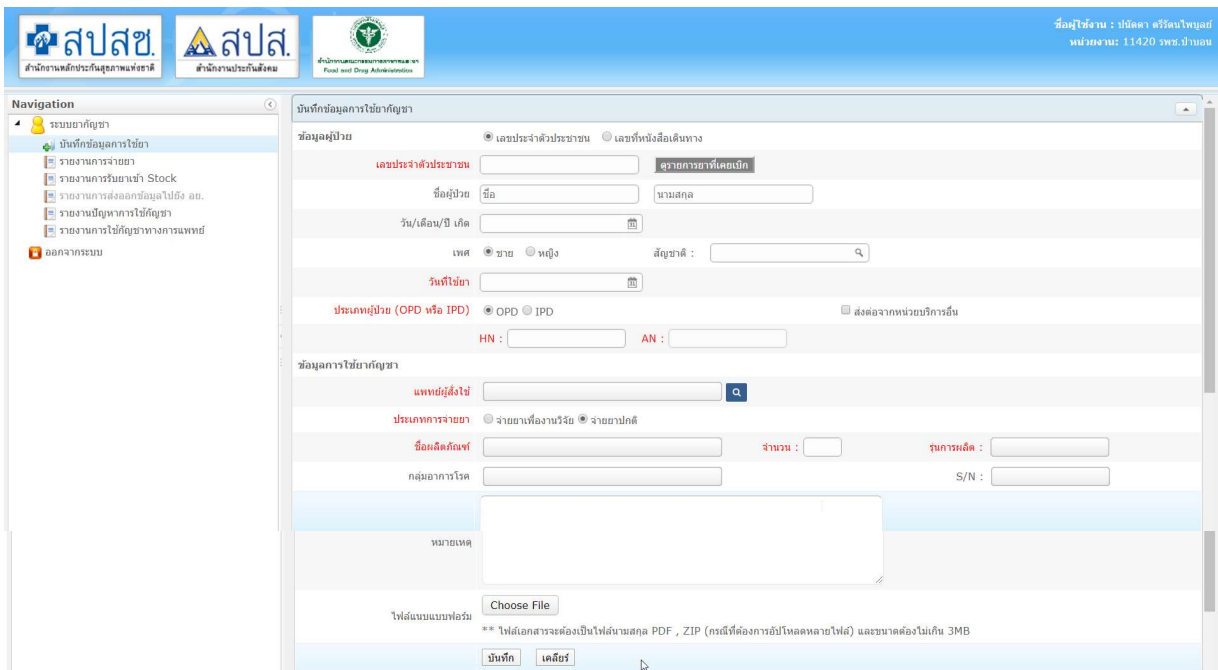
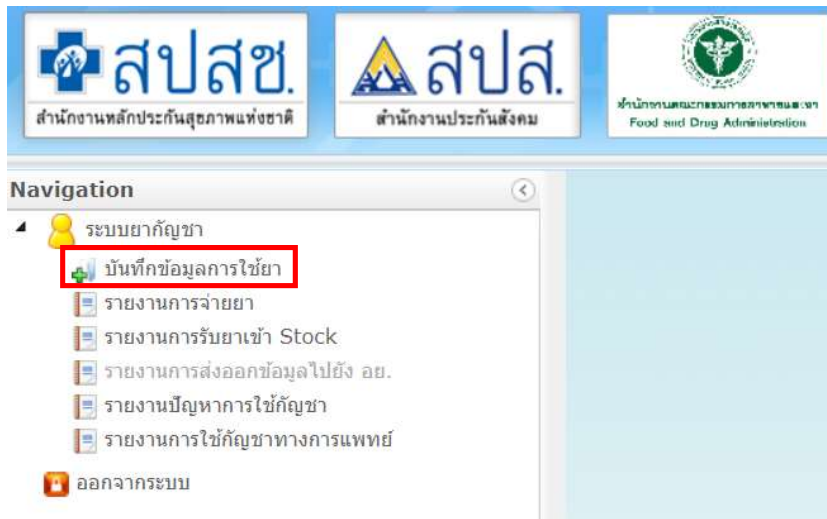
2) กรอก User name และ Password ของตนเอง เพื่อเข้าใช้งานระบบ



3) เลือกเมนูที่ต้องการเข้าใช้งาน มุมด้านขวาจะแสดงชื่อผู้เข้าใช้งานระบบ กรุณาตรวจสอบว่าถูกต้องหรือไม่ หากไม่ถูกต้องให้ติดต่อเจ้าหน้าที่



(1) เลือกเมนูที่ 1 การบันทึกข้อมูลการใช้ยา



(2) กรณีผู้ป่วยที่เป็นคนไทยให้กรอกเลขบัตรประชาชนของผู้ป่วย ระบบจะแสดงชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย ให้ผู้บันทึกข้อมูลตรวจสอบชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยอีกครั้ง กรณีผู้ป่วยต่างชาติให้เลือกเลขที่หนังสือเดินทาง และกรอกเลขที่หนังสือเดินทางในช่องเลขที่บัตรประชาชน

บันทึกข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย	
ข้อมูลผู้ป่วย	<input checked="" type="radio"/> เลขประจำตัวประชาชน <input type="radio"/> เลขที่หนังสือเดินทาง
เลขประจำตัวประชาชน	<input type="text"/> <input type="button" value="ดูรายการยาที่เคยเบิก"/>
ชื่อผู้ป่วย	<input type="text"/> ชื่อ <input type="text"/> นามสกุล
วัน/เดือน/ปี เกิด	<input type="text"/> <input type="button" value="ปฏิทิน"/>
เพศ	<input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง สัญชาติ : <input type="text"/> <input type="button" value="ค้นหา"/>
วันที่ใช้ยา	<input type="text"/> <input type="button" value="ปฏิทิน"/>
ประเภทผู้ป่วย (OPD หรือ IPD)	<input checked="" type="radio"/> OPD <input type="radio"/> IPD <input type="checkbox"/> ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น
HN :	<input type="text"/> AN : <input type="text"/>

ระบบจะดึงข้อมูลมาแสดงให้ โปรดตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

บันทึกข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย	
ข้อมูลผู้ป่วย	<input checked="" type="radio"/> เลขประจำตัวประชาชน <input type="radio"/> เลขที่หนังสือเดินทาง
เลขประจำตัวประชาชน	<input type="text" value="3110101510342"/> <input type="button" value="ดูรายการยาที่เคยเบิก"/>
ชื่อผู้ป่วย	<input type="text" value="บุณเดา"/> <input type="text" value="ศิริณเจริญ"/>
วัน/เดือน/ปี เกิด	<input type="text" value="6 กันยายน 2523"/> <input type="button" value="ปฏิทิน"/>
เพศ	<input checked="" type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง สัญชาติ : <input type="text" value="ไทย"/> <input type="button" value="ค้นหา"/>

(3) ดูรายละเอียดรายการยาที่เคยเบิก เพื่อดูประวัติการได้รับกัญชาทางการแพทย์ เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาส่งจ่ายกัญชาในแต่ละครั้ง

บันทึกข้อมูลการใช้ยากัญชา

ข้อมูลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

เลขประจำตัวประชาชน 3110101510342 ดูรายการยาที่เคยเบิก

ชื่อผู้ป่วย มณฑดา หิรัญเจริญ

วัน/เดือน/ปี เกิด 6 กันยายน 2523

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ : ไทย

วันที่ใช้ยา

ประเภทผู้ป่วย (OPD หรือ IPD) OPD IPD ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

HN : AN :

ประวัติการใช้ยากัญชา

ลำดับ	วันที่ใช้ยา	ชื่อผลิตภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	หน่วยบริการที่จ่าย	ส่งรายการไป อ.ย.	สถานะ
1	02/09/2562	ยาสะโลซาน์ ลาจาโร เอชบี	5	ซอง	11091	สงขลานครินทร์	

(4) บันทึกข้อมูลวันที่ใช้ยาแล้วเลือกประเภทผู้ป่วยพร้อมบันทึกเลข HN หรือ AN

- กรณีเป็นผู้ป่วยนอก ให้บันทึกเฉพาะเลข HN
- กรณีเป็นผู้ป่วยใน ให้บันทึกเลข HN และ AN

บันทึกข้อมูลการใช้ยากัญชา

ข้อมูลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

เลขประจำตัวประชาชน 3110101510342 ดูรายการยาที่เคยเบิก

ชื่อผู้ป่วย มณฑดา หิรัญเจริญ

วัน/เดือน/ปี เกิด 6 กันยายน 2523

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ : ไทย

วันที่ใช้ยา

ประเภทผู้ป่วย (OPD หรือ IPD) OPD IPD ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

HN : AN :

(5) หากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่น ให้บันทึกข้อมูลของหน่วยที่ส่งผู้ป่วยมาด้วย

บันทึกข้อมูลการใช้ยาภิกษุชา

ข้อมูลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

เลขประจำตัวประชาชน 3110101510342 ดูรายการยาที่เคยเบิก

ชื่อผู้ป่วย นุชเดดา หิริญเจริญ

วัน/เดือน/ปี เกิด 6 กันยายน 2523

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ : ไทย

วันที่ใช้ยา

ประเภทผู้ป่วย (OPD หรือ IPD) OPD IPD ☐ ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

HN : AN :

บันทึกข้อมูลการใช้ยาภิกษุชา

ข้อมูลผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

เลขประจำตัวประชาชน 3110101510342 ดูรายการยาที่เคยเบิก

ชื่อผู้ป่วย นุชเดดา หิริญเจริญ

วัน/เดือน/ปี เกิด 6 กันยายน 2523

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ : ไทย

วันที่ใช้ยา

ประเภทผู้ป่วย (OPD หรือ IPD) OPD IPD

HN : AN :

☑ ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

หน่วยบริการที่ส่งต่อ : ☒

หน่วยบริการ
10986 - รพ.ปทุมราชวงศา
10987 - รพ.พนา
10988 - รพ.เสนางคณิคม
10989 - รพ.หัวตะพาน
10990 - รพ.เสื่ออานาจ
10991 - รพ.นากลาง
10992 - รพ.โนนสัง

ข้อมูลการใช้ยาภิกษุชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ Q

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน :

กลุ่มอาการโรค

หมายเหตุ

(6) เลือกชื่อแพทย์ที่ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์

- a. แพทย์ที่ผ่านการอบรมของหลักสูตรแผนปัจจุบันจะสามารถจ่ายกัญชาทางการแพทย์ได้เฉพาะแผนปัจจุบันเท่านั้น
- b. แพทย์ที่ผ่านการอบรมของหลักสูตรแผนไทยจะสามารถจ่ายกัญชาทางการแพทย์ได้เฉพาะแผนไทยเท่านั้น
- c. แพทย์ที่ผ่านการอบรมของทั้ง 2 หลักสูตร จะสามารถจ่ายกัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบัน

หากไม่พบชื่อแพทย์ที่ต้องการส่งจ่ายกัญชาในระบบ ให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อตรวจสอบข้อมูลแพทย์อีกครั้ง

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ค้นหาด้วยชื่อ :

รายชื่อแพทย์

- นาย สมชาย ดาวรัตน์
- นายสมชาย ช่างแก้วณี
- นายสมชาย เย็นประเสริฐ
- นายสมชาย อันทอง
- นายสมชาย พรหมจักร
- เรืออากาศเอก สมชาย ธนะสิทธิ์ชัย
- นายสมชาย โควดเขมตร
- นายสมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล
- นายแพทย์ สมชาย มีมณี
- นายสมชาย อมรโยธิน

รุ่นการผลิต :

S/N :

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

รายการการใช้ยาที่บันทึก (แสดงเฉพาะรายการที่บันทึก)

(7) เลือกประเภทการจ่ายยาว่าเป็นการจ่ายกัญชาภายใต้โครงการวิจัยหรือเป็นการจ่ายปกติ (การจ่ายปกติ หมายถึง การจ่ายกัญชาทางการแพทย์ภายใต้ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5)

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

(8) เลือกผลิตภัณฑ์กัญชาที่ต้องการจ่ายให้ผู้ป่วย

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

ค้นหาด้วยชื่อ : ค้นหา

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

รายการการใช้ยาที่มีบันทึก (แสดงเฉพาะรายการ)

ค้นหาด้วยชื่อ

ชื่อผลิตภัณฑ์

น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น THC 1.7% W/V (THC 0.5mg/drop)

GPO CBD CBD 100 mg/ml

GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml

GPO THC THC 0.5 mg/drop

น้ำมันกัญชา LOVE HEMP Cannabidiol (CBD) 10%

น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น THC 2.7%W/V CBD 2.5%W/V (delta-9-THC 27 mg/ml, CBD 25 mg/ml) (THC 0.7941 :CBD 0.7352 mg/drop)

น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น CBD 10%W/V (100 mg/ml) (2.94 mg/drop)

GPO CBD CBD 100 mg/ml (CBD4mg/drop)

และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

(9) ใส่จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่จ่ายให้ผู้ป่วย

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน :

รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

(10) เลือกรุ่นการผลิตของผลิตภัณฑ์กัญชา หากไม่พบข้อมูลให้ติดต่อที่สำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ข้อมูลการใช้ยากัญชา

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : ของ รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N Lot No.

SY01070862
SY03301062

หมายเหตุ

(11) เลือก serial ที่จ่ายให้ผู้ป่วย

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : รุ่นการผลิต : ค้นหา

กลุ่มอาการโรค Serial No.

FP010900000451
FP010900000452
FP010900000453
FP010900000454
FP010900000455
FP010900000456
FP010900000457
FP010900000458
FP010900000459

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3M

รายการการใช้ยาที่บันทึก (แสดงเฉพาะรายการที่ยังไม่ได้ส่งให้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

กรณีจ่ายกัญชามากกว่า 1 serial

ระบบปัจจุบันยังไม่สามารถเลือก serial No มากกว่า 1 เลขได้ ให้ใส่ serial No ที่จ่ายให้ผู้ป่วย ในช่องหมายเหตุ จนกว่าระบบจะสามารถเลือก serial No ได้มากกว่า 1 หมายเลข

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ จำนวน : ซอง รุ่นการผลิต : ค้นหา

กลุ่มอาการโรค S/N : ค้นหา

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

(12) เลือกกลุ่มอาการโรค

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ นายสมชาย อันทอง สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ ยาสุขไสยาสน์ อจาโร เอิร์น : กัญชา12กรัมในผงยา7i จำนวน : ของ รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

หมายเหตุ

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ นายสมชาย อันทอง สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ ยาสุขไสยาสน์ อจาโร เอิร์น : กัญชา12กรัมในผงยา7i จำนวน : ของ รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค S/N :

รหัสโรค	กลุ่มโรค	โรคที่สามารถจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้
CMD14	ช่วยให้อ่อนหลับ เจริญอาหาร	

(13) ระบบสามารถแนบไฟล์ที่ต้องการได้ โดยไฟล์ต้องมีขนาดไม่เกิน 3 MB และหากมีมากกว่า 1 ไฟล์ ให้ zip ไฟล์รวมกันเป็น 1 ไฟล์

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ นายสมชาย อันทอง สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ ยาสุขไสยาสน์ อจาโร เอิร์น : กัญชา12กรัมในผงยา7i จำนวน : ของ รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค CMD14 : ช่วยให้อ่อนหลับ เจริญอาหาร S/N :

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม

** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

(14) กดปุ่มบันทึกข้อมูล

ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

แพทย์ผู้สั่งใช้ นายสมชาย อันทอง สาขาแพทย์ : แพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย)

ประเภทการจ่ายยา จ่ายยาเพื่องานวิจัย จ่ายยาปกติ

ชื่อผลิตภัณฑ์ ยาสุขไสยาสน์ อาจารย์ เวิร์น : ศึกษาศาสตร์12กรมในผองยา7 จำนวน : ของ รุ่นการผลิต :

กลุ่มอาการโรค CMD14 : ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร S/N :

หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม ** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 3MB

(15) ข้อมูลที่บันทึกจะแสดงอยู่ในตารางด้านล่าง

สพสข. สสส. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลการใช้งาน : บุคลากร ศิริราชพยาบาล
หน่วยงาน : 10665 รพ. เจริญราษฎร์เกษียร

แพทย์ผู้สั่งใช้
ชื่อผลิตภัณฑ์
กลุ่มอาการโรค
หมายเหตุ

ไฟล์แนบแบบฟอร์ม ** ไฟล์เอกสารจะต้องเป็นไฟล์นามสกุล PDF , ZIP (กรณีที่ต้องการอัปโหลดหลายไฟล์) และขนาดต้องไม่เกิน 5 MB

รายการการใช้ยาที่บันทึก (แสดงเฉพาะรายการที่ส่งในได้อิงไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

วันที่นำจ่ายข้อมูล	วันที่ใช้ยา	HN	AN	รหัสประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	รุ่นการผลิต	แพทย์ผู้สั่งใช้	กลุ่มอาการโรค	S/N		
20/09/2562 16:12:24 น.	20/09/2562	01/2562		11111111111111	สมศรี ทดสอบ	ยานักศึกษาชอลโคไลน์	2	ขวด	M100119001	นายศกชญา ไม้สีร์	CMD0	AAA001170	บันทึก	ลบ
20/09/2562 11:07:56 น.	13/09/2562			3110101510342	บุณเดชา พิญจเจริญ	ยานักศึกษา LOVE HEMP	1	ขวด	LH010519M	รังดิษฐา			บันทึก	ลบ
20/09/2562 10:57:01 น.	09/09/2562	f08/2562		3480900110113	พัศดีมี จงระจันทร	ยานักศึกษา LOVE HEMP	1	ขวด	LH010519M	นายศกชญา ไม้สีร์	CMD10		บันทึก	ลบ
20/09/2562 10:54:52 น.	09/09/2562	f010/256		3250100122062	เสียง สารพาลี	ยานักศึกษาชอลโคไลน์	1	ขวด	M100119001	นายศกชญา ไม้สีร์	CMD11	AAA001188	บันทึก	ลบ
20/09/2562 10:42:12 น.	06/09/2562	f01/2562		3100902194295	กมลขนิษฐ์ บำรุงผล	ยานักศึกษาชอลโคไลน์	2	ขวด	M100119001	น.อ.หญิง อานาธิ์ เกตุสุด ชน.	CMD1	AAA001170	บันทึก	ลบ
20/09/2562 10:37:28 น.	06/09/2562	1/62		3110101510342	บุณเดชา พิญจเจริญ	ยานักศึกษาชอลโคไลน์	1	ขวด	M100119001	นายศกชญา ไม้สีร์	CMD0	AAA001170	บันทึก	ลบ

ข้อมูลที่บันทึกจะอยู่ในตารางด้านล่างภายใน 1 วันเท่านั้น ผู้บันทึกข้อมูลสามารถแก้ไข และลบข้อมูลได้จากหน้าจอ

2.2 การแก้ไขข้อมูล

เมื่อบันทึกข้อมูลในระบบเรียบร้อยแล้ว สามารถแก้ไขข้อมูลได้ โดยดำเนินการดังนี้

กรณีแก้ไขข้อมูลภายในวันที่บันทึกข้อมูล

(1) เลือกปุ่ม “แก้ไข” ในรายการที่ต้องการแก้ไขข้อมูลในตารางด้านล่าง

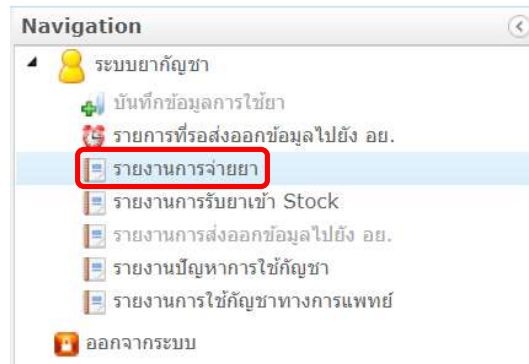
The screenshot shows a web application interface with a header containing logos for สปสข., สปส., and ส.ป.ด.อ. The main area features a table with columns: วันที่ฝากข้อมูล, วันที่รับมา, HN, AN, รหัสประจำตัวประชาชน, ชื่อ-สกุล, ชื่อผลิตภัณฑ์, จำนวน, หน่วย, รุ่นการผลิต, แพทย์ผู้ส่งยา, กลุ่มการโรค, S/N, and a status column. The first row is highlighted, and the 'แก้ไข' button in the status column is enclosed in a red box. Below the table, there is a note: * หมายเหตุ ระบบจะทำการส่งข้อมูลไปยัง ส.ท.ท. (เวลา 00.00 น.)

(2) ข้อมูลที่ต้องการแก้ไขจะแสดงที่ด้านบน ผู้กรอกสามารถแก้ไขข้อมูลตามต้องการ แล้วกดปุ่มบันทึกข้อมูล

The screenshot shows the 'บันทึกข้อมูลใบยาสูบ' (Save Tobacco Record) form. It contains fields for: เลขประจำตัวประชาชน (1111111111111), ชื่อผู้ส่ง (สมศรี ทดสอบ), วันที่เข้า (20 กันยายน 2562), ประเภทผู้รับ (OPD หรือ IPD), HN (01/256), AN, แพทย์ผู้ส่งยา (นายกฤษฎา ใจดี), ชื่อผลิตภัณฑ์ (น้ำันทิยาชอลไดลิ้น), จำนวน (2), หน่วย (ขวด), รุ่นการผลิต (MI00119001), กลุ่มการโรค (CMD0 : สห), S/N (AAA001170), and a text area for หมายเหตุ. The 'บันทึก' button is highlighted with a red box. Below the form is a table with the same columns as in the previous screenshot.

กรณีแก้ไขข้อมูลหลังจากวันที่บันทึกข้อมูลไปแล้ว

(1) เลือกเมนูที่ 3 “รายงานการจ่ายยา”



(2) ค้นหารายการที่ต้องการแก้ไข โดยเลือกเงื่อนไขตามที่ต้องการ จากนั้นกดปุ่มค้นหา ข้อมูลที่ต้องการจะปรากฏในตาราง

รายงานการจ่ายยาภิบาล

หน่วยบริการ :

เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย :

ผลิตภัณฑ์ :

กลุ่มอาการโรค :

วันที่จ่ายยา : ตั้งแต่ : ถึง :

วันที่บันทึกข้อมูล : ตั้งแต่ : ถึง :

(3) เลือกข้อมูลที่ต้องการแก้ไขในตารางด้านล่าง

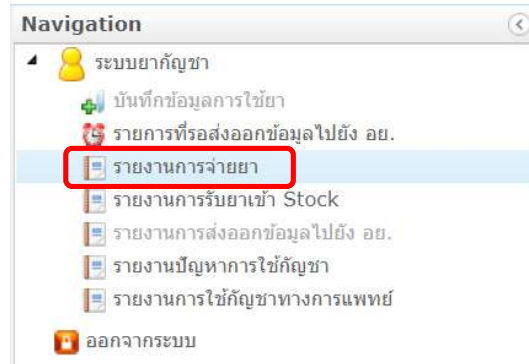
วันที่นำจ่ายยา	วันที่ใช้ยา	HN	AN	รหัสประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	รุ่นการผลิต	แพทย์ผู้สั่งใช้	กลุ่มอาการโรค	S/N		
20/09/2562 16:12:24 น.	20/09/2562	01/2562	11111111111111	สมศรี ทอดอบ	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	2	ขวด	MID0119001	นายณัฐชา วัฒนีย์	CMD0	AAA001170	แก้ไข	ลบ
20/09/2562 11:07:56 น.	13/09/2562		3110101510342	บุณเดชา พิทยเจริญ	น้ำซึนกีชรา LOVE HEMP	น้ำซึนกีชรา LOVE HEMP	1	ขวด	LH010519M	รับศยา			แก้ไข	ลบ
20/09/2562 10:57:01 น.	09/09/2562	08/2562	3480900110113	ทศิณี จงระระจันทร์	น้ำซึนกีชรา LOVE HEMP	น้ำซึนกีชรา LOVE HEMP	1	ขวด	LH010519M	นายณัฐชา วัฒนีย์	CMD10		แก้ไข	ลบ
20/09/2562 10:54:52 น.	09/09/2562	010/256	3250100122062	เบ็อง สรพโณ	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	1	ขวด	MID0119001	นายณัฐชา วัฒนีย์	CMD11	AAA001188	แก้ไข	ลบ
20/09/2562 10:42:12 น.	06/09/2562	01/2562	3100902194295	กบชัย ปารุณ	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	2	ขวด	MID0119001	น.ส.หญิง อภาวดี เกษสุต ร.	CMD1	AAA001170	แก้ไข	ลบ
20/09/2562 10:37:28 น.	06/09/2562	1/62	3110101510342	บุณเดชา พิทยเจริญ	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	น้ำซึนกีชราซอลไดซีน	1	ขวด	MID0119001	นายณัฐชา วัฒนีย์	CMD0	AAA001170	แก้ไข	ลบ

* หมายเหตุ
ระบบจะทำการส่งข้อมูลไปยัง อย. ทุกวัน(เวลา 00.00 น.)

(4) เมื่อแก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้กดปุ่มบันทึกข้อมูล

กรณีลบข้อมูลหลังจากวันที่บันทึกข้อมูลไปแล้ว

(1) เลือกเมนู “รายงานการจ่ายยา”



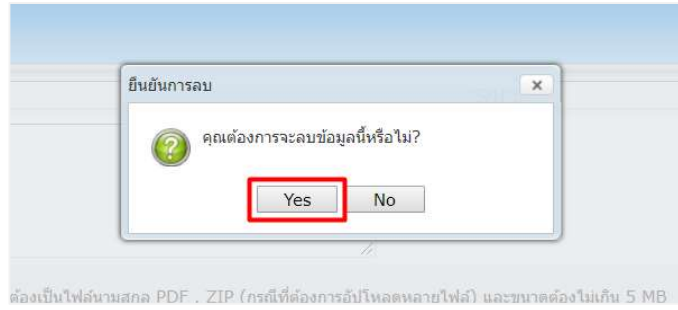
(2) ค้นหารายการที่ต้องการลบ โดยใส่เงื่อนไขตามที่ต้องการ จากนั้นกดปุ่มค้นหา

(3) เลือกข้อมูลที่ต้องการลบในตารางด้านล่าง

วันที่เข้าข้อมูล	วันที่ใช้ยา	HN	AN	รหัสประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลิตภัณฑ์	จำนวน	หน่วย	จำนวนผลิต	แพทย์ผู้สั่งใช้	กลุ่มอาการโรค	S/N	
20/09/2562 16:12:24 น.	20/09/2562	01/2562		1111111111111	สมศรี ทอดสม	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	2	ขวด	MI00119001	นายอมรธา ไช้สีง	CMD0	AAA001170	ลบ
20/09/2562 11:07:56 น.	13/09/2562			3110101510342	บุณเดชา ศิริบุญเจริญ	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	1	ขวด	LH010519M	รับสินค้า			ลบ
20/09/2562 10:57:01 น.	09/09/2562	008/2562		3480900110113	ทศศิณี จะระจะจันทร์	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	1	ขวด	LH010519M	นายอมรธา ไช้สีง	CMD10		ลบ
20/09/2562 10:54:52 น.	09/09/2562	010/2562		3250100122062	เนือง สราภรณ์	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	1	ขวด	MI00119001	นายอมรธา ไช้สีง	CMD11	AAA001188	ลบ
20/09/2562 10:42:12 น.	06/09/2562	01/2562		3100902194295	กมลชัย ช่างทอง	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	2	ขวด	MI00119001	น.ส.หญิง ลาภานี เกษมสุต รน.	CMD1	AAA001170	ลบ
20/09/2562 10:37:28 น.	06/09/2562	1/62		3110101510342	บุณเดชา ศิริบุญเจริญ	น้ำส้มคั้นชงรสผลไม้	1	ขวด	MI00119001	นายอมรธา ไช้สีง	CMD0	AAA001170	ลบ

* หมายเหตุ
ระบบจะทำการส่งออกข้อมูลไปยัง อย. ทุกวัน(เวลา 00.00 น.)

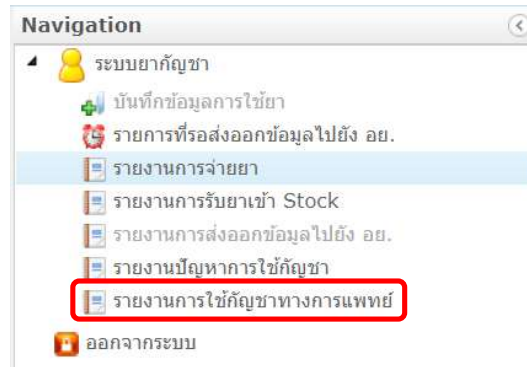
(4) ระบบจะแสดงหน้าจอเพื่อให้ผู้บันทึกข้อมูลยืนยันอีกครั้งก่อนจะลบข้อมูลออกจากระบบ



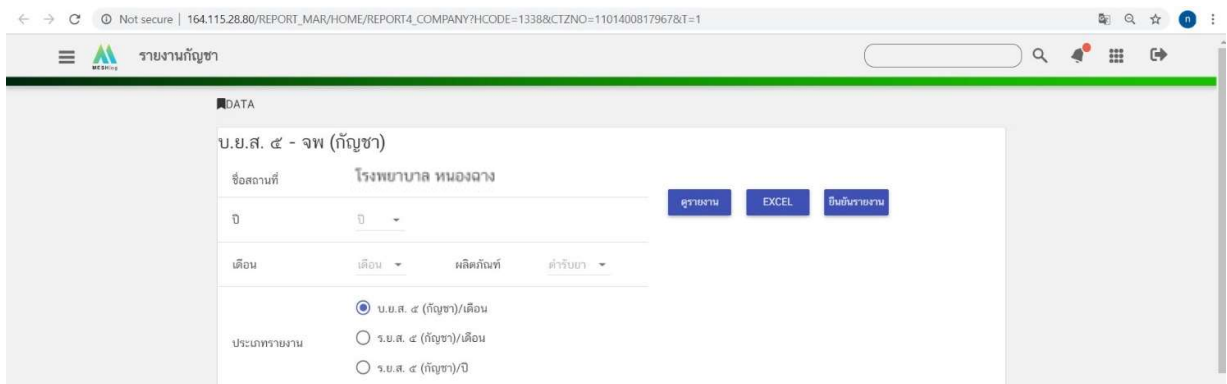
2.4 การส่งรายงานประจำเดือนและประจำปี

เมื่อบันทึกข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์เรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการส่งข้อมูลมายัง อย. ดังนี้

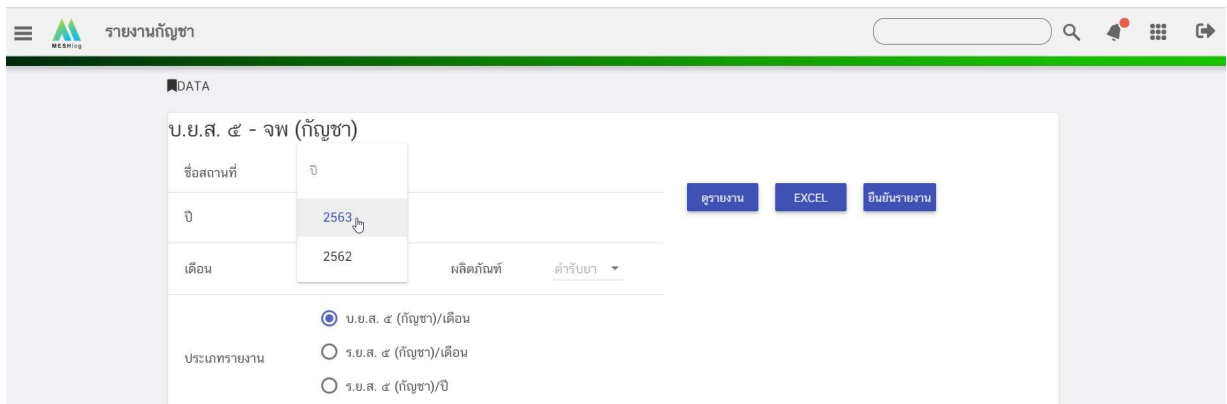
(1) เลือกเมนูที่ 7 “การส่งข้อมูลออกข้อมูลไปยัง อย.” ระบบจะดำเนินการส่ง e-Mail ไปยังผู้บันทึกข้อมูล

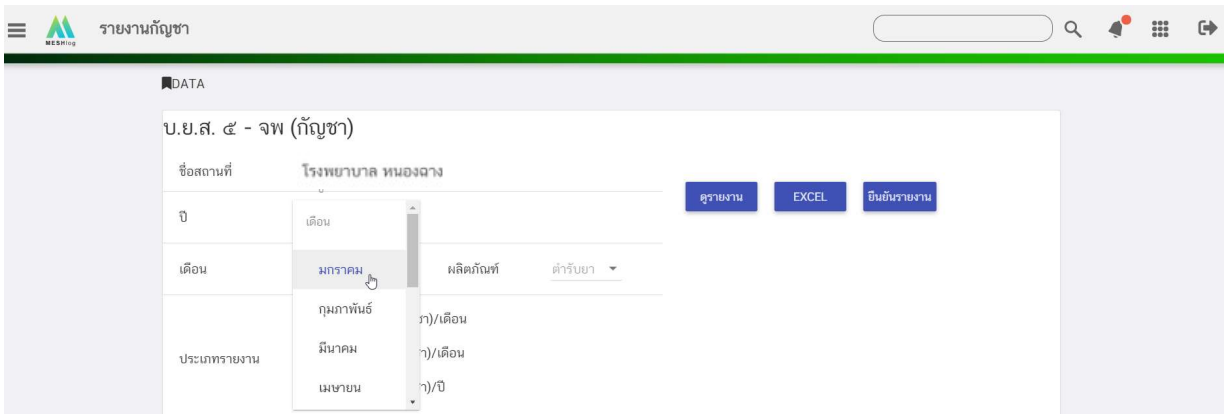


(2) ระบบจะแสดงหน้าจอการเลือกข้อมูลรายงาน

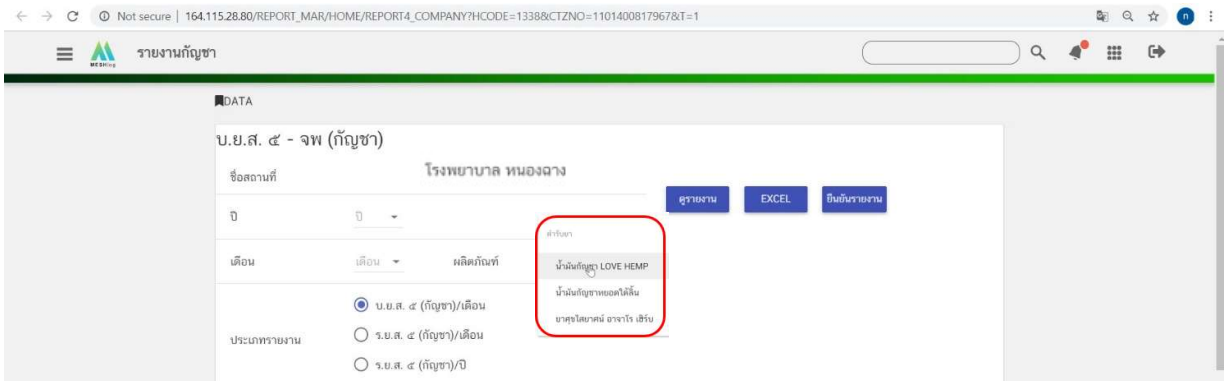


(3) เลือกปี และเลือกเดือนที่ต้องการดูข้อมูลรายงาน

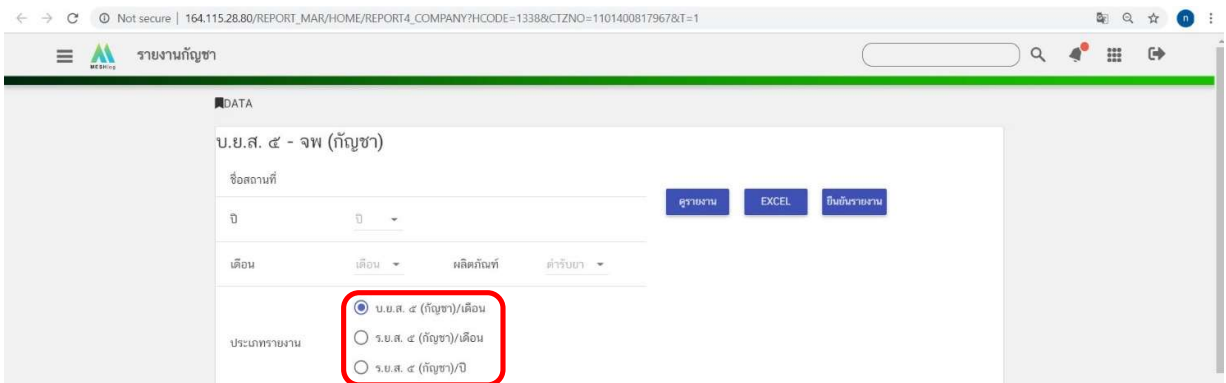




(4) เลือกตำบลที่ต้องการดูรายงาน



(4) เลือกประเภทรายงานที่ต้องการดูข้อมูล



(5) กดปุ่มดูรายงาน จะมีลายน้ำคาคกลางรายงานว่า “ยังไม่ส่งรายงานให้ อย.”

แบบ ร.ย.ส. ๕ - จพ (กัญชา)/เดือน

รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562
 สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์
 ชื่อผู้รับอนุญาต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ที่ 2/2562
 สถานที่ชื่อ โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งอยู่ที่ 32/7 ตรอก/ซอย ถนน ปราจีนอนุสรณ์
 หมู่ที่ 12 ตำบล/แขวง ท่างาม อำเภอ/เขต เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี รหัสไปรษณีย์ 25000
 โทรศัพท์ 0 3721 1088 โทรสาร e-mail
 ชื่อตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ น้ำมันกัญชา LOVE HEMP ชื่อและปริมาณของสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อหน่วย Cannabidiol (CBD) ขนาดบรรจุ 10 ml
 ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต บริษัทเลิฟ เสมท์ (ประเทศไทย) จำกัด

วัน เดือน ปี	จำหน่ายให้แก่			เลขที่/ วันที่/ครั้งที่ผลิต	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา (หน่วย ชวด)			
	ชื่อผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้ **	อายุ (ปี)		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
กรกฎาคม 2562				LH010519M	99			99
14 สิงหาคม 2562	กอบชัย บำรุงผล	3100902194295	57	LH010519M			10	89

(6) ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่แสดงในรายงาน หากถูกต้อง ครบถ้วน กดปุ่ม “ยืนยันรายงาน”

รายงานกัญชา

DATA

REPORT4

ชื่อสถานที่: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เดือน: สิงหาคม

ผลิตภัณฑ์: น้ำมันกัญชา LOVE HEMP

ประเภทรายงาน: ร.ย.ส. ๕ (กัญชา)/เดือน

Buttons: รายงาน, EXCEL, **ยืนยันรายงาน**

(๗) เมื่อกดปุ่มยืนยันรายงานแล้ว ระบบจะส่งข้อมูลดังกล่าวมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและลายน้ำจะหายไป สามารถพิมพ์เป็นเอกสารเก็บไว้ที่สถานที่ได้

REPORT_XML 1 / 1

แบบ ร.ย.ส. ๕ - จพ (กัญชา)/เดือน

รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้รับอนุญาต: โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ที่ 2/2562

สถานที่ชื่อ: โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

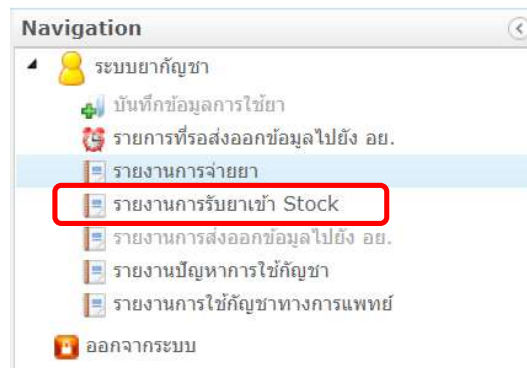
ตั้งอยู่เลขที่ 32/7 ตรอก/ซอย ถนน ปราจีนอนุสรณ์

Buttons: **ดาวน์โหลด**, **พิมพ์**

2.5 การตรวจสอบการรับเข้ารักษาทางการแพทย์

เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ผลิตส่งมายังสถานพยาบาลแต่ละแห่งว่ามีการจำหน่ายรักษาทางการแพทย์อะไรมาให้สถานพยาบาลบ้าง ให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งตรวจสอบว่าข้อมูลจากผู้ผลิตส่งมานั้นถูกต้องหรือไม่ หากไม่ถูกต้อง โปรดแจ้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อประสานไปยังผู้ผลิตและดำเนินการแก้ไขข้อมูลต่อไป

(1) เลือกเมนูที่ 4 รายงานการรับยาเข้า Stock



(2) กรอกข้อมูลชื่อผลิตภัณฑ์แล้วกดปุ่มค้นหา

รายงานการรับยาเข้า Stock

หน่วยบริการ :

ผลิตภัณฑ์ :

Lot Number :

Serial No. :

วันที่รับผลิตภัณฑ์ : ตั้งแต่ : ถึง :

รายงานการรับยาเข้า Stock

หน่วยบริการ :

ผลิตภัณฑ์ :

Lot Number :

Serial No. :

วันที่รับผลิตภัณฑ์ :

ค้นหาด้วยชื่อ :

รหัส	ชื่อผลิตภัณฑ์	Strength
SAS1	น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น	THC 1.7% W/V (THC 0.5mg/drop)
SAS2	GPO CBD	CBD 100 mg/ml
SAS3	GPO THC:CBD(1:1)	THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml
SAS4	GPO THC	THC 0.5 mg/drop
TP1	ยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อ	กัญชา1กรัมในผงยา27กรัม
TP2	ยาคลายกล้ามเนื้อ	กัญชา12กรัมในผงยา78กรัม
TP3	ยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อ	กัญชา1กรัมในผงยา12กรัม
TP4	ยาน้ำมันสนันไทร	กัญชา1กิโลกรัมในน้ำมันงา1ลิตร
TP5	ยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อ	กัญชา4กรัมในผงยา198กรัม
TP6	ยาไฟ้อาจร	กัญชา1กรัมในผงยา104กรัม

ลำดับ : / 99

ลำดับ	หน่วยจ่ายยา
1	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
2	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
3	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

รายละเอียดของ Stock ยาจะปรากฏในตารางด้านล่าง

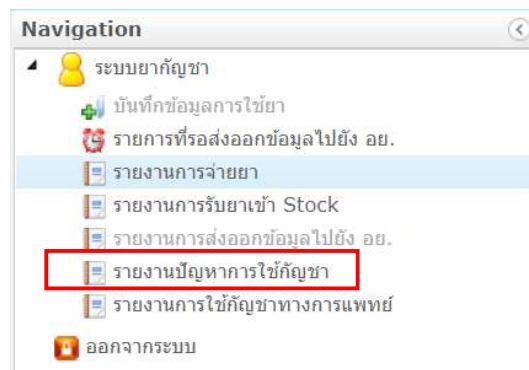
ลำดับ	หน่วยจ่ายยาภิกษา	รหัสผลิตภัณฑ์	ชื่อผลิตภัณฑ์	ประเภทผลิตภัณฑ์	Lot Number
1	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
2	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
3	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
4	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
5	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
6	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
7	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
8	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
9	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032
10	โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	SAS3	GPO THC:CBD(1:1) THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/ml	จ่ายเพื่อขาย	R620032

บทที่ 3

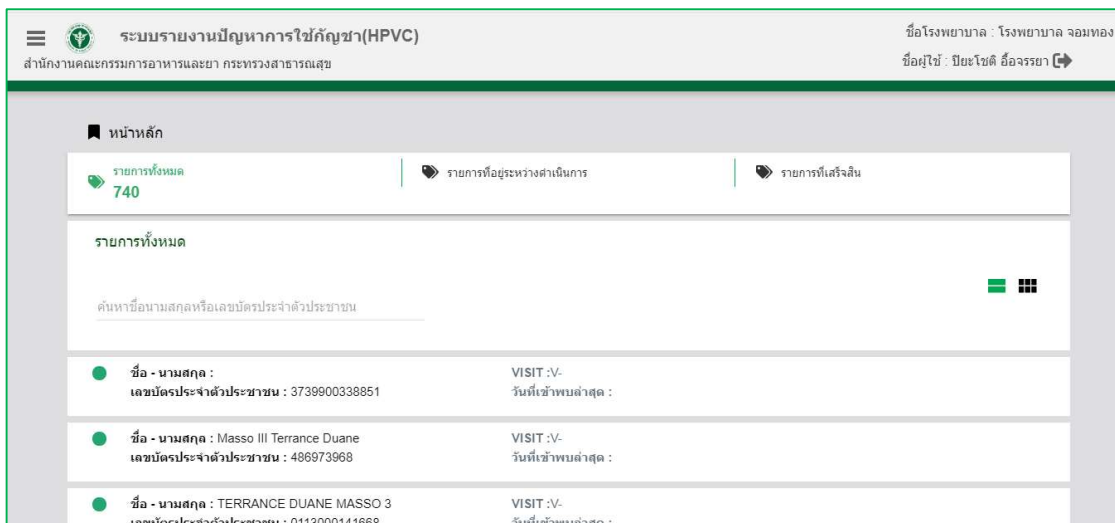
การบันทึกข้อมูลรายงานปัญหาการใช้รักษา

เมื่อสถานพยาบาลมีการจ่ายรักษาให้กับผู้ป่วยเพื่อใช้ในทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีการรายงานปัญหาการใช้รักษาของผู้ป่วยทุกราย ซึ่งผู้บันทึกข้อมูลสามารถเข้าไปบันทึกข้อมูลในระบบได้โดยผ่านหน้าจอของระบบนี้ ทั้งนี้ ผู้บันทึกข้อมูล ไม่จำเป็นต้องขอ User name และ Password เพิ่มเติม เพื่อเข้าระบบดังกล่าวสามารถใช้ User name และ Password เดียวกับระบบนี้ได้เลย โดยดำเนินการดังนี้

1. เลือกเมนู “รายงานปัญหาการใช้รักษา”



2. ระบบการแสดงรายชื่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลทั้งหมด



3. ค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการกรอกข้อมูลโดยใช้ ชื่อ หรือ นามสกุล หรือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ - นามสกุล	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	VISIT :V-	วันที่เข้าพบล่าสุด :
ชื่อ - นามสกุล : กล จันทพร	เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3730300881990	VISIT :V-	วันที่เข้าพบล่าสุด :
ชื่อ - นามสกุล : กลชัย ขุนทรัพย์	เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3180100104260	VISIT :V-	วันที่เข้าพบล่าสุด :
ชื่อ - นามสกุล : ชูใจ สกลพรดิน	เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3739900300791	VISIT :V-	วันที่เข้าพบล่าสุด :

4. คลิกที่ชื่อผู้ป่วย และคลิกบันทึกการติดตามความปลอดภัย

ประวัติ VISIT กล จันทพร

บันทึกการติดตามความปลอดภัย

กลับหน้ารายการ

5. ให้เลือกว่าผู้ป่วยได้รับยาอื่นร่วมกับการใช้ยากัญชาหรือไม่

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

6. ถ้าผู้ป่วยไม่มีการใช้ยาอื่นร่วมจะปรากฏให้กรอกข้อมูล 4 ส่วน แต่ถ้าผู้ป่วยมีการใช้ยาอื่นร่วมจะปรากฏให้กรอกข้อมูล 5 ส่วน

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
- ส่วนที่ 5 คู่มือภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)

กรณีใช้ยากัญชาอย่างเดียว

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยากัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ หรือยาโรคประจำตัว(ยกเว้นกัญชา)
- ส่วนที่ 5 คู่มือภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)

กรณีใช้ยาอื่นร่วมด้วย

7. กรอกข้อมูลในแต่ละส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา

ชื่อสถานพยาบาล: โรงพยาบาล ดอนตูม จังหวัด: นครปฐม

แพทย์ผู้ส่งเข้าโรงพยาบาลเพื่อผู้พิการรักษา: นายวิทยา สว่างจิตร์

ระบบความเชี่ยวชาญ: ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม, แพทย์แผนไทย(นวดไทย), แพทย์แผนไทย(ผดุงครรภ์) หนังสืออนุมัติ: กข.50/13/00095/2562

บันทึก

ระบบจะดึงข้อมูลจากการที่บันทึกการสั่งใช้ ให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และกดบันทึก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

HN: 141064 สาขาหน่วยข้อมูลคนกลาง: กล จันทคร เลขประจำตัวประชาชน (13หลัก): 3730300881990

ประเภท: ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

ชื่อชาติ: ไทย เพศ: ชาย วันเดือนปีเกิด: 69 น้ำหนัก: ส่วนสูง ความดัน (BP) / mmhg: / ชีพจร (HR) / bpm: อุณหภูมิ (BT) / °C:

ตั้งครรภ์(เฉพาะเพศหญิง): ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ไทม์มบุตร(เฉพาะเพศหญิง): ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ติ่มแอลกอฮอล์: ต้ม ครึ่ง/สปีดาร์ ไม่ใช่

สูบบุหรี่: สูบ ไม่สูบ

โรคประจำตัว: ไม่มี มี (ระบุ)

อาการแพ้ยา: ไม่มี มี (ระบุ)

บันทึก

กรอกข้อมูล วันเดือนปีเกิด (ในกรณีที่ไม่นทราบวันเกิดให้ระบุเป็นวันที่ 1 ของเดือนปีเกิด) น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร ประวัติการติ่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ในกรณีเพศหญิงให้ระบุการตั้งครรรภ์ และให้นมบุตรเพิ่มเติม และกดบันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

วันที่เริ่มใช้: 01/11/2562 ชื่อผลิตภัณฑ์: ยาทำลายยาระสเมศ อัจจาโร เอิร์ธ รายการผลิตภัณฑ์: TM02290862

รูปแบบ: ขนาดการใช้: หน่วยการใช้: วันละ: 0 ครั้ง

วิธีการใช้ยา: เวลาการใช้ยา: เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ระยะเวลาใช้ยา: วัน

โรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา: เลือก **ลบรายการ**

เพิ่มรายการ **บันทึก**

- 1) เลือกรูปแบบการจ่ายยา โดยกดที่ ▼ จะปรากฏข้อมูลให้เลือก เช่น น้ำมัน ผง เม็ด
- 2) ระบุขนาดการจ่ายยาโดยระบุเป็นตัวเลข เช่น 0.5, 1, 2 และเลือกหน่วยการจ่ายยาโดยกดที่ ▼ จะปรากฏข้อมูลให้เลือก เช่น ซอง หยด ซีซี
- 3) ระบุว่าใช้ปริมาณที่ใช้ต่อวัน โดยระบุเป็นตัวเลข
- 4) เลือกวิธีการจ่ายยา โดยกดที่ ▼ จะปรากฏข้อมูลให้เลือก เช่น รับประทาน หยดใต้ลิ้น
- 5) คลิกเลือกเวลาการจ่ายยา และระบุระยะเวลาการจ่ายยา
- 6) ระบุโรคหรือสาเหตุที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ให้ระบุเป็น ICD10 โดยสามารถค้นหาได้จากรหัส (ICD code) หรือใส่ชื่อโรคตามรูปแบบ ICD10 สามารถระบุสาเหตุการใช้ได้มากกว่า 1 ให้กดที่เพิ่มรายการ หรือถ้าเลือกสาเหตุการใช้ผิดให้กดลบรายการ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการจ่ายยาอื่นๆ หรือยาโรคประจำตัว

คลิกเลือกค้นหา/เพิ่มรายการ โดยค้นหาด้วยชื่อสามัญทางยา และกดเลือก ถ้าต้องการเพิ่มรายการยาให้กดที่ปุ่มเดิม

ชื่อสามัญ	ชื่อสามัญอังกฤษ	รหัส	
	SIMVASTIN		
	SIMVASTATIN+EZETIMIBE	C10BA02	<input checked="" type="checkbox"/> เลือก
	SIMVASTATIN	C10AA01	<input checked="" type="checkbox"/> เลือก

First Previous 1 Next Last

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L

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

ความสามารถในการเคลื่อนไหว : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก มีปัญหาหนักที่สุด

การดูแลตนเอง : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก มีปัญหาหนักที่สุด

การทำกิจวัตรประจำวัน : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก มีปัญหาหนักที่สุด

ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก มีปัญหาหนักที่สุด

ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า : ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก มีปัญหาหนักที่สุด

คะแนน : 0.325

ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย โปรแกรมจะคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตให้ และกดบันทึก

- เมื่อมีการบันทึกข้อมูล สถานะของรายงานฉบับนั้นคือ “อยู่ระหว่างการบันทึกผล” หากต้องการแก้ไขข้อมูลให้เลือกที่แก้ไขข้อมูล

เลขที่ : 3740500761785 วันที่พิมพ์ผล : 16/02/2563 10:01:20

ประวัติ VISIT กล จันทพร

VISIT-0

ผลการตรวจ ครั้งที่ 0

รหัสอ้างอิง : HPVC_V-0-63000003 สถานะ : อยู่ระหว่างการบันทึกผล

ชื่อผู้บันทึก : นาย ปิยะโชติ อัจจรรยา วันที่บันทึกข้อมูล : 3/18/2020 11:04:54 AM

ชื่อผลิตภัณฑ์ : ยาทำลายพระสุเมรุ อจาโร เอิร์ธ

คะแนนคุณภาพชีวิต : 0.603

บันทึกการติดตามความปลอดภัย | กสพท.รพ.จันทพร

- ยืนยันข้อมูลให้คลิกเลือก “บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว” โดยสถานะของรายงานจะเปลี่ยนเป็น “บันทึกผลเรียบร้อยแล้ว”

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 0

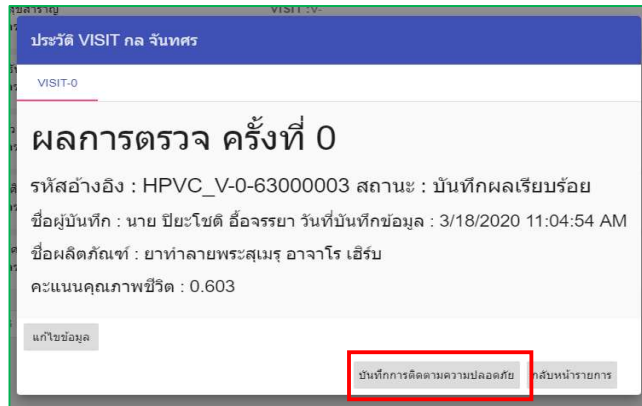
(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : สิ่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยาทุกอย่างอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้บริการรักษา
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ศึกษา
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ หรือยาโรคประจำตัว(ยกเว้นศึกษา)
- ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)

10. เมื่อต้องการบันทึกผลการติดตามความปลอดภัย ให้คลิกที่ชื่อผู้ป่วยที่ต้องการบันทึก และกดบันทึกการติดตามความปลอดภัย



11. ให้เลือกว่ารูปแบบการตรวจครั้งนี้มีการส่งจ่ายยาที่ถูกต้อง หรือเป็นการนัดดูอาการ (ไม่มีการจ่ายยา) และเลือกว่าพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่

หน้าหลัก

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 1

(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 6)

ข้อมูลการใช้อื่นๆ : ใช้อีกัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

12. ตรวจสอบและยืนยันข้อมูลในส่วนที่ 1 – 4
บันทึกการประเมินคุณภาพชีวิตในส่วนที่ 5
กรอกข้อมูลส่วนที่ 6 – 8 เพิ่มเติม

(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา นัดดูอาการ(ไม่จ่ายยา)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอรายละเอียดในส่วนที่ 6)

ข้อมูลการใช้อื่นๆ : ใช้อีกัญชาอย่างเดียว ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ศึกษา
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการใช้อื่นๆ หรือยาโรคประจำตัว(ยกเว้นศึกษา)
- ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกทุกครั้งที่มา)
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ส่วนที่ 7 ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
- ส่วนที่ 8 ข้อมูลผลการรักษา (ความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ระบุ ถึงหน่วยงาน

ความร้ายแรง

ร้ายแรงคือ(เลือกตอบเพียงข้อเดียว)

เสียชีวิต อัมพาตถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษาขึ้น ความพิการหรือใช้ความสามารถ

ความผิดปกติแต่กำเนิด/ทารกพิการ อื่นๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์

ไม่ชัดเจน

หยุดใช้ยาที่สงสัย ใช้ยาที่สงสัยต่อ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ (บรรยายลักษณะที่พบ และ/หรือ ศัพท์วิชาการ)

เลือก

ผลลัพธ์

หากเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม หายโดยมีร่องรอยเดิม อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยังมีอาการอยู่ เสียชีวิต(เลือกตอบเพียงข้อเดียว) ไม่สามารถติดตามผลได้

ระดับความสัมพันธ์

วิธีประเมินแบบ Naranjo's Thai algorithm WHO ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ อื่นๆ

ผลการประเมิน

- 1) ระบุวันเดือนปีที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 2) ระบุความร้ายแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 3) ระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยให้ใส่ศัพท์วิชาการ สามารถค้นหาได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 4) เลือกผลลัพธ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 5) ประเมินความสัมพันธ์ของการใช้ยากับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยให้เลือกวิธีที่ใช้ในการประเมิน
- 6) หากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1 เหตุการณ์ให้เลือก “เพิ่มรายการ” และให้กรอกข้อมูลตั้งแต่ข้อ 3) ถึง 5)
- 7) กดบันทึก

ส่วนที่ 7 ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

ส่วนที่ 7 ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

สรุปรายละเอียดผล Lab ที่ผิดปกติ

- 1) สรุปรายละเอียดผล lab ที่ผิดปกติ เช่น ระบุว่า “ค่าไตผิดปกติ”
- 2) แนบผล lab (ชนิดไฟล์ pdf) ได้ 1 ไฟล์เท่านั้น โดยคลิก “เลือกไฟล์”
- 3) กดบันทึกไฟล์แนบ หากต้องการดูไฟล์แนบให้คลิกที่ “ดูไฟล์แนบ”
- 4) กดบันทึก

ส่วนที่ 8 ข้อมูลผลการรักษา (ความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา)

ส่วนที่ 8 ข้อมูลผลการรักษา (ความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา)

อาการผู้ป่วยดีขึ้น อาการผู้ป่วยแย่ลง อาการผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง

ระบุเหตุผล

การประเมินการเสพติดและการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด

พบแนวโน้มผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด ไม่พบแนวโน้มผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด

ผลประเมินคุณภาพชีวิต คะแนนการประเมิน :

- 1) เลือกผลการประเมินการรักษา พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการเลือก
 - 2) เลือกการประเมินการเสพติดและการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด
 - 3) ระบบจะแสดงผลการประเมินคุณภาพชีวิต (ส่วนที่ 5) เปรียบเทียบการคุณภาพชีวิตในครั้งแรกที่ผู้ป่วยเริ่มใช้ยา
 - 4) กดบันทึก
13. ยืนยันข้อมูลให้คลิกเลือก “บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว”

REPORT CASE: SAS - เข้าตรวจพบครั้งที่ 1
(เลือกเงื่อนไขก่อนกรอกข้อมูลให้ครบ)

รูปแบบการตรวจ : ส่งจ่ายยา งดจ่ายยา(ไม่จ่ายยา)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนตัวที่ 6)

ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ : ใช้ยาคุมกำเนิด ใช้ร่วมกับยาอื่นๆ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้การรักษา
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้สิ่งเสพติด/สูบบุหรี่
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการใช้ยาอื่นๆ หรือยาโรยหน้า/ฉีดจมูก/ยาทา
- ส่วนที่ 5 คะแนนชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L (บันทึกผลครั้งถัดมา)
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ส่วนที่ 7 ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
- ส่วนที่ 8 ข้อมูลผลการรักษา (ความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา)

บทที่ 4

ติดต่อเจ้าหน้าที่

เมื่อใช้งานระบบแล้วพบปัญหาต้องการสอบถามสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ดังนี้

กรณีสอบถามการยื่นคำขอใช้ระบบและการมอบอำนาจ

ติดต่อ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โทรศัพท์ 0 2590 7772-3

โทรสาร 0 2590 7772

กรณีมีปัญหาเกี่ยวกับ User และ Password ใช้งานระบบ

ติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สายด่วน 1330 กด 5 แล้ว กด 3

กรณีสอบถามข้อมูลการรายงาน

ติดต่อ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โทรศัพท์ 02 590 7758 , 7741

กรณีสอบถามปัญหาจากการใช้งานระบบ

ติดต่อ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โทรศัพท์ 0 2590 7772-3

โทรสาร 0 2590 7772

บทที่ 5

แบบฟอร์ม



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

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

- กรณีสถานพยาบาลรัฐ ไบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-นิติบุคคล ไบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-บุคคลธรรมดา ไบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีหมอพื้นบ้าน ไบอนุญาตเลขที่.....

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

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

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีแม.....

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

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ติดอากรแสตมป์
30 บาท ประทับตรา
บริษัทฯ (ถ้ามี)

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
- เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบการรายงานการใช้จ่ายสุขภาพทางการแพทย์
และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใช้จ่ายสุขภาพทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย

- กรณีสถานพยาบาลรัฐ ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-นิติบุคคล ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีสถานพยาบาลเอกชน-บุคคลธรรมดา ใบอนุญาตเลขที่.....
- กรณีหมอพื้นบ้าน ใบอนุญาตเลขที่.....

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

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

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

ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของ

ผู้รับอนุญาต.....มีความประสงค์ขอเข้าใช้งานระบบการรายงานการใ้

สุขภาพทางการแพทย์ และยาควบคุมอื่นสำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ใช้งานระบบ/ผู้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ / หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร)
- เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

แบบ ร.ย.ส. ๕ - จพ (บัญชี)/ ปี

รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ประจำปี พ.ศ.

สำหรับผู้นับบัญชียาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี เพื่อรวบรวมบัญชีผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้นับบัญชี..... ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ที่

สถานที่ตั้ง..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ถนน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... e-mail.....

ชื่อตำรายาเสพติดให้โทษในประเภท ๕..... ชื่อและปริมาณของสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อหน่วย..... ขนาดบรรจุ.....

ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต..... เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต.....

สรุปชื่อตำรายาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕	จำนวนผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย ที่ใช้รักษา	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ บัญชา (หน่วย.....)*		
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย
				คงเหลือ

(ลายมือชื่อ)..... (ผู้นับบัญชี/ผู้ดำเนินการ)

I

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาให้ระบุเป็น "มิลลิกรัม" หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น "เม็ด" หรือ "แคปซูล" ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก



4



Download คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศ
รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์
และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

