

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

ข้าพเจ้า.....ใบประกอบโรคศิลปะ/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกรบำบัดสัตว์ เลขที่

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ที่ตั้ง เลขที่ 111

ถนนสุขุมวิท ตำบลห้วยโป่ง อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง 21150 โทร.038-684-444

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

- | | | |
|---|-----------------------------|----|
| 1. Morphine sulfate inj 10 mg/ml |Amp ปริมาณที่ใช้ | ml |
| 2. Morphine sulfate syr 10mg/5ml,60 ml |Bott วิธีใช้ | |
| 3. Morphine sulfate MST tab 10 mg |Tab วิธีใช้ | |
| 4. Morphine Sulfate SR Capsule 20mg(Kapanol SR20mg) |Cap วิธีใช้ | |
| 5. Pethidine HCl inj 50 mg in 1 ml |Amp ปริมาณที่ใช้ | ml |
| 6. Fentanyl inj 0.1mg in 2 ml |Amp ปริมาณที่ใช้ | ml |
| 7. Fentanyl TTS Patch 25 mcg |Patch วิธีใช้ | |

ให้แก่..... HN

อายุปี อาชีพ โทรอยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล

อำเภอจังหวัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

.....ผู้ออกใบสั่งยา
(.....)

.....ผู้ให้ยา
(.....)

กรณีมียาเหลือทิ้ง

ทิ้งยา ml

.....ผู้ทิ้งยา

.....พยาน

.....พยาน

ผู้รับยา.....
ผู้จ่ายยา.....
LOT.วันที่.....