

## แบบประเมินก่อนรับ Narcotic Drugs

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง .....ระดับ  
.....เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน.....ที่ตั้ง หมู่ที่  
.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ได้ตรวจประเมินอาการของ  
ผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน  
.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับ  
ยา Narcotic Drugs คือ

FENTANYL

MORPHINE TAB 10MG/20MG/50MG

MORPHINE SYRUP

.....

เพื่อบำบัดโรค/อาการ.....

เมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ผู้ป่วยมีอาการในวันตรวจประเมินอาการดังนี้.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้ประเมินอาการ

(.....)

### หมายเหตุ

1. ใบประเมินอาการต้องมีตราประทับของ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ใบประเมินอาการต้องไม่มีการแก้ไข ชูด ลบ ชีด ขำ
3. ใบประเมินอาการนี้ใช้ได้ 1 อาทิตย์หลังวันตรวจประเมินอาการ