**แบบฟอร์มการขอสนับสนุนตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม**

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล..................................................................................จังหวัด..............................................  
มีความประสงค์จะขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม โดยขอแจ้งรายละเอียด ดังนี้

1. เลขที่ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 เฉพาะกัญชา...................................................
2. มีแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

🖵 การสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย 🖵 การใช้น้ำมันกัญชาฯ (Special Access Scheme) ออนไลน์

1. ขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อตำรับยา | ขนาดบรรจุต่อกล่อง | จำนวน (กล่อง) |
| 1 | ศุขไสยาศน์ | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 2 | ทำลายพระสุเมรุ | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 3 | แก้ลมแก้เส้น | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 4 | ไฟอาวุธ | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 5 | อไภยสาลี | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 6 | อัมฤตย์โอสถ | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 7 | ยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 8 | ไพสาลี | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 9 | อัคคินีวคณะ | 3.75 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 10 | แก้ลมขึ้นเบื้องสูง | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 11 | ทัพยาธิคุณ | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 12 | แก้นอนไม่หลับ/แก้ไข้ผอมเหลือง | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 13 | แก้ลมเนาวนารีวาโย | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 14 | แก้สัณฑฆาต กล่อนแห้ง | 2 กรัม\* 30 ซอง |  |
| 15 | น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) | 10 ml\* 50 ขวด |  |

1. วัน-เวลาเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย.......................................................................
2. รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (AUR) ล่าสุด เมื่อวันที่.........................................................
3. รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (SAS) ล่าสุด เมื่อวันที่.........................................................
4. ผู้ประสานงานด้านการรายงานการใช้ตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง   
โทรศัพท์มือถือ Line ID   
E-mail

1. ผู้ประสานงานด้านการจัดส่งตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง   
โทรศัพท์มือถือ Line ID   
E-mail

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..................................................................

(......................................................................)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล...................................................)