**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 | ผู้ผลิต | จำนวน (กล่อง) |
| 1 | ศุขไสยาศน์ | 2 กรัม\* 30 ซอง | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย |  |
| 2 | ทัพยาธิคุณ | 2 กรัม\* 30 ซอง | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย |  |
| 3 | ศุขไสยาศน์ | 10 แคปซูล\* 10 แผง | โรงพยาบาลคูเมือง |  |
| 4 | ทำลายพระสุเมรุ | 10 แคปซูล\* 10 แผง | โรงพยาบาลคูเมือง |  |

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...................................................)