เอกสาร ข.

แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรายเดือน
ของสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน)

ชื่อ สถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประจำเดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	บำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด (ราย)	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	หมายเหตุ
๑	ยอดผู้ป่วยยกมาจากเดือนก่อน	.....	.....	.....
๒	ยอดผู้ป่วยรับใหม่รวม	.....	.....	.....
	จำแนกตามชนิดของยาเสพติด			
	- เฮโรอีน	.....	.....	.....
	- ยาบ้า/ยาไอซ์	.....	.....	.....
	- กัญชา	.....	.....	.....
	- สารระเหย	.....	.....	.....
	- สุรา	.....	.....	.....
	- อื่นๆ	.....	.....	.....
๓	ยอดผู้ป่วยบำบัดด้วยยา	.....	.....	.....
๔	ยอดผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ(ถ้ามี)	.....	.....	.....
๕	ผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนระยะยาว	.....	.....	.....
๖	ผู้ป่วยรักษาครบกำหนด	.....	.....	.....
๗	ผู้ป่วยขาดการรักษา /ไม่สมัครใจรักษา	.....	.....	.....
๘	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ -ไปบำบัดรักษาอาการทางกาย	.....	.....	.....
	-ไปบำบัดรักษาอาการทางจิต	.....	.....	.....
๙	ยอดผู้ป่วยคงเหลือที่ยังคงบำบัดในเดือนต่อไป	.....	.....	.....
	ชนิดของยาเสพติด			
	- เฮโรอีน	.....	.....	.....
	- ยาบ้า/ยาไอซ์	.....	.....	.....
	- กัญชา	.....	.....	.....
	- สารระเหย	.....	.....	.....
	- สุรา	.....	.....	.....
	- อื่นๆ	.....	.....	.....
๑๐	ยอดผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังการรักษา	.....	.....	.....

หมายเหตุ-กรณีไม่มีผู้เข้ารับบำบัดรักษา ขอให้แจ้งว่า **"ไม่มีผู้เข้ารับบำบัดรักษา"** เป็นหลักฐานด้วยทุกเดือน

- กรณีมีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นชาวต่างชาติ ให้ใส่ในช่องหมายเหตุของแต่ละข้อด้วยว่ามีจำนวนเท่าไหร่

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)..... ผู้รายงาน

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

เอกสาร ง.

แบบรายงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดรายเดือน ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคเอกชนหรือองค์กรการกุศล

ชื่อ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประจำเดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด (ราย)	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	หมายเหตุ
๑	ยอดผู้ป่วยยกมาจากเดือนก่อน	.....	.....	.....
๒	ยอดผู้ป่วยรับใหม่รวม	.....	.....	.....
	จำแนกตามชนิดของยาเสพติด			
	- เฮโรอีน	.....	.....	.....
	- ยาบ้า/ยาไอซ์	.....	.....	.....
	- กัญชา	.....	.....	.....
	- สารระเหย	.....	.....	.....
	- สุรา	.....	.....	.....
	- อื่นๆ	.....	.....	.....
๓	ยอดผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ	.....	.....	.....
๔	ผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนระยะยาว (ถ้ามี)	.....	.....	.....
๕	ผู้ป่วยรักษาครบกำหนด	.....	.....	.....
๖	ผู้ป่วยขาดการรักษา /ไม่สมัครใจรักษา	.....	.....	.....
๗	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ - ไปบำบัดรักษาอาการทางกาย	.....	.....	.....
	- ไปบำบัดรักษาอาการทางจิต	.....	.....	.....
๘	ยอดผู้ป่วยคงเหลือที่ยังคงบำบัดในเดือนต่อไป	.....	.....	.....
	ชนิดของยาเสพติด			
	- เฮโรอีน	.....	.....	.....
	- ยาบ้า/ยาไอซ์	.....	.....	.....
	- กัญชา	.....	.....	.....
	- สารระเหย	.....	.....	.....
	- สุรา	.....	.....	.....
	- อื่นๆ	.....	.....	.....
๙	ยอดผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังการรักษา	.....	.....	.....

หมายเหตุ - กรณีไม่มีผู้เข้ารับบำบัดฟื้นฟู ขอให้แจ้งว่า **"ไม่มีผู้เข้ารับบำบัดฟื้นฟู"** เป็นหลักฐานด้วยทุกเดือน

- กรณีมีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นชาวต่างชาติ ให้ใส่ในช่องหมายเหตุของแต่ละข้อด้วยว่ามีจำนวนเท่าไหร่

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)..... ผู้รายงาน

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....