

**แนวทางการดำเนินงานตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกิน
เข้ารับราชการทหารกองประจำการ ประจำปี ๒๕๖๑**

ตามที่ พลเอก อนุพงษ์ เผ่าจินดา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย มีนโยบายให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.)/ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส.กทม.) บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ดำเนินการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดของผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการ ประจำปี ๒๕๖๑ เพื่อค้นหาผู้เสพยาเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมของรัฐบาล นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ และมีประสิทธิภาพ สำนักงาน ป.ป.ส. ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะขึ้น ดังนี้

๑. การกำหนดเป้าหมายกระทรวงมหาดไทย โดยกรมการปกครอง ได้ดำเนินการสำรวจจำนวนผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ ที่ได้มีการหักจำนวนผู้ขอรับการผ่อนผันแล้ว และจำแนกรายจังหวัด รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๑ โดยผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ จะได้รับการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนทุกราย (ยกเว้น คนที่ขอผ่อนผัน คนที่ไม่มารายงานตัว)

๒. การสนับสนุนชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ

๒.๑ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงาน ป.ป.ส. จัดสรรชุดทดสอบฯ ไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่

๒.๒ ให้ ศอ.ปส.จ. ประสานกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน ๑๔ แห่ง เพื่อขอรับการสนับสนุนชุดทดสอบ รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๒

๒.๓ สำหรับพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก ขอรับการสนับสนุนชุดทดสอบได้จากสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓. แนวทางการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ

๓.๑ ขั้นตอนการเตรียมการ

- ศอ.ปส.จ./กทม. ศป.ปส.อ./เขต บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการตรวจหาสารเสพติดปัสสาวะ ขั้นตอนการปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และมอบหมายบทบาทหน้าที่รวมถึงการรายงานผลการดำเนินงาน

๓.๒ ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑) ผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ มารายงานตัว ณ จุดรายงานตัว ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานตามขั้นตอน/แนวทางของการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ

๒) นายอำเภอ/ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ในช่วงต้นตั้งแต่เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ โดยมีเนื้อหาในการชี้แจงให้ผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ ทราบ ดังนี้

๒.๑) การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยค่านึงว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ โดยเร็วก่อนที่จะมีปัญหาทางสุขภาพ หรืออันตรายที่จะเกิดกับตนเอง และครอบครัว

๒.๒) ผู้ที่มีสารเสพติดในปัสสาวะจะได้รับโอกาสในการบำบัดฟื้นฟูฯ ในระบบสมัครใจ โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมายและจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการคัดเลือกให้เป็นทหารกองประจำการ สำหรับผู้ที่ตรวจพบสารเสพติด และไม่พบสารเสพติด จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในการคัดเลือกให้เป็นทหารกองประจำการ

๒.๓) ผู้ที่มีสารเสพติดในปัสสาวะและได้รับการคัดเลือกให้เป็นทหารกองประจำการ จะได้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานในกองทัพที่ท่านประจำการอยู่ ยกเว้น ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นทหารกองประจำการ ในผลัดที่ ๒ จะได้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับการคัดเลือก

๒.๔) ผู้ที่มีสารเสพติดในปัสสาวะแต่ไม่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นทหารกองประจำการ จะได้รับการประเมินคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดที่เหมาะสม

๒.๕) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลจะทำการคัดกรองผู้ที่มีสารเสพติดในปัสสาวะ เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟูฯ ที่เหมาะสมกับสภาพการเสพติด

๒.๖) ชี้แจงขั้นตอนและแนวทางการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะที่จะเกิดขึ้น

๒.๗) เน้นย้ำให้ผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารฯ มั่นใจว่าการตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การคัดเลือกเป็นทหารกองประจำการรวมไปถึงไม่มีความผิด ยกเว้น ไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามที่กำหนด

๓) การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ให้ดำเนินการควบคู่กับการตรวจสุขภาพโดยให้พื้นที่ กำหนดตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อ การตรวจเลือกทหารกองเกินฯ โดยให้ฝ่ายปกครอง เป็นผู้รับผิดชอบการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ และให้ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในฐานะศูนย์ เพื่อการคัดกรอง ดำเนินการคัดกรอง และดำเนินการจับใบดำใบแดงตามขั้นตอน/แนวทางของการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ

๔) ฝ่ายปกครองหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ขั้นตอนประกอบด้วย

๔.๑) จัดหาภาชนะที่สะอาดในการตรวจและเก็บปัสสาวะ โดยเฉพาะ ในกรณีที่พบสารเสพติดในปัสสาวะ (มีผลปัสสาวะเป็นบวก) เพื่อส่งดำเนินการตรวจยืนยันขั้นที่สองต่อไป

๔.๒) การตรวจปัสสาวะ รายงานผลการตรวจปัสสาวะ และจัดทำแบบบันทึกผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑) รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๓

๔.๓) เมื่อผลปัสสาวะเป็นบวก ให้ดำเนินการจัดทำเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- การยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ (บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๒)

- แบบจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกิน ใช้สำหรับผู้ที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ
รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๔-๕

๔.๔) ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเก็บตัวอย่างปัสสาวะส่งให้กับศูนย์เพื่อการคัดกรองในพื้นที่ เพื่อตรวจยืนยันขั้นที่สองทุกราย ตามแนวทางที่ปรากฏในประกาศ คสช. ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ที่ได้กำหนดขึ้นใหม่ ตามประกาศสำนักงาน ป.ป.ส. ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๐

๕) ศูนย์เพื่อการคัดกรอง ดำเนินการประเมินสภาพการเสพยาเสพติดชั่งประวัติการใช้ยาเสพติด ตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.๒ เพื่อจำแนกสภาพการเสพยาเสพติด และแบบแสดงตัวเพื่อเข้ารับการคัดกรองและนัดหมายให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๕) พร้อมให้คำแนะนำ/ข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการส่งต่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๖-๗

๖) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ดำเนินการแยกประเภทผู้ที่จับได้ใบดำใบแดง และแจ้งแนวทางการส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

๖.๑) ประเภทใบแดง ให้แจ้งกองทัพเพื่อรับทราบผลการตรวจปัสสาวะ

๖.๒) ประเภทใบดำ ส่งต่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๗) ศป.ปส.อ./เขต ตรวจสอบประวัติการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ภายใน ๓ วัน นับจากวันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ

๔. แนวทางการส่งต่อและการเข้ารับการบำบัด

๔.๑ กรณีผู้ที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นทหารกองประจำการ ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวก ให้แจ้งแนวทางการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

๑) ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในเขตพื้นที่ที่คัดเลือก ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองดำเนินการแจ้ง/นัดหมาย วันเวลาที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในรูปแบบค่ายหรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒) ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู นอกเขตพื้นที่ที่คัดเลือก ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองดำเนินการแจ้งข้อมูล/สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมข้อมูลสถานที่ที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

๔.๒ กรณีที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นทหารกองประจำการ

๑) ผลัดที่ ๑ ให้กองทัพดำเนินการบำบัดฟื้นฟู โดยใช้โรงพยาบาลค่ายฯ ในสังกัดให้การบำบัดฟื้นฟู หรือตามแนวทางที่กำหนด

๒) ผลัดที่ ๒-๔ ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรอง ดำเนินการแจ้ง/นัดหมาย วันเวลาที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในรูปแบบค่าย “ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

อนึ่ง หากการบำบัดฟื้นฟู ยังไม่แล้วเสร็จ แต่ต้องเข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นทหารกองประจำการ ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาส่งต่อระหว่างการบำบัดฟื้นฟูให้กองทัพดำเนินการ อาจจะเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้เคียง หรือโรงพยาบาลค่าย เป็นต้น หรือเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู แต่ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข/ครบเกณฑ์ที่กำหนด ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้ง/ประสานให้กองทัพทราบด้วย

๓) สำหรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อให้กองทัพดำเนินการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือต่อไป โดยให้ทำการจำหน่ายครบโปรแกรมในระบบ บสต.

๕. แนวทางการทำความเข้าใจกับผู้เข้ารับการบำบัด

๕.๑ ให้ ศป.ปส.อ./เขต ชี้แจงให้ผู้ต้องสงสัยว่าเสพยาเสพติด ทราบแนวทาง/ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเมื่อพบสารเสพติดในปัสสาวะ สร้างการรับรู้/ความเข้าใจในนโยบายของรัฐที่ให้โอกาส ผู้เสพยาคือผู้ป่วย ดังนั้น การตรวจปัสสาวะจึงไม่ได้มีผลกับการตรวจเลือกทหารกองเกิน แต่ต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามสภาพการเสพยา คือ ผู้ใช้ ผู้เสพยา และผู้ติด

๕.๒ ศป.ปส.อ./เขต จัดประชาสัมพันธ์ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู หากจังหวัด/อำเภอ/เขต มีแผนการบำบัดฟื้นฟู ที่ชัดเจน ให้นำหมายผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามวันเวลาที่กำหนดไว้

๖. การลงข้อมูลในระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (NISPA) และระบบ บสต.

๖.๑ การลงข้อมูลในระบบ NISPA

๑) ศป.ปส.อ./เขต มอบหมายเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลรายชื่อและเลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก) ของผู้เข้ารับการตรวจคัดเลือกเป็นทหารกองเกินฯ ที่ได้รับการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะทุกราย โดยมีขั้นตอนการบันทึก ดังนี้

(๑) ลงชื่อเข้าใช้ในระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (NISPA) ตามชื่อและรหัสของหน่วยงาน

(๒) เลือกรายการ ระบุรายงานผลการดำเนินงาน (ศอ.ปส.จ.)

(๓) เลือกรายการ ตรวจเลือกทหารกองเกิน

(๔) บันทึกข้อมูลโดยเลือกเมนูนำเข้า/แบบจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกิน

๒) และให้ ศป.ปส.อ./เขต นำรายชื่อพร้อมบันทึกรายละเอียดข้อมูลในระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (NISPA) ภายใน ๗ วัน นับจากวันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ

๖.๒ การลงข้อมูลในระบบ บสต.

๑) ศป.ปส.อ./เขต ลงข้อมูลผู้พบสารเสพติดในปัสสาวะ ตามแนวทางประกาศ คสช. ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ และลงข้อมูลผลการคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ

๒) เมื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ แล้ว ให้ดำเนินการลงข้อมูลในระบบ บสต. ดังนี้

๒.๑) กรณีบำบัดฟื้นฟูฯ ในรูปแบบศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ ศป.ปส.อ./เขต ดำเนินการลงข้อมูล

๒.๒) กรณีบำบัดฟื้นฟูฯ ในรูปแบบโรงพยาบาลให้ สถานพยาบาล ดำเนินการลงข้อมูล

๒.๓) กรณีที่บำบัดฟื้นฟูฯ โดยกองทัพ (ได้รับการคัดเลือกเป็นทหารกองประจำการ ผลัดที่ ๑) ให้สถานพยาบาลของกองทัพ เป็นผู้ลงข้อมูล

๗. ในกรณีที่ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดไม่มาเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามกำหนดให้ดำเนินการตามแนวทางของประกาศสำนักงาน ป.ป.ส. เรื่องการนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ การบำบัดฟื้นฟูฯ และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๐ ประกอบประกาศ คสช. ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ กำหนดไว้ รายละเอียดตามเอกสารแนบ ๘

จำนวนเป้าหมายผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ
ประจำปี 2561 (แยกรายจังหวัด)

ภาค/จังหวัด	เป้าหมาย (คน)
รวมทั้งหมด	516,240
กทม.	36,000
กรุงเทพมหานคร	36,000
ภาค 1	44,126
ชัยนาท	2,757
นนทบุรี	5,752
ปทุมธานี	7,758
พระนครศรีอยุธยา	6,206
ลพบุรี	4,927
สมุทรปราการ	7,816
สระบุรี	5,149
สิงห์บุรี	1,443
อ่างทอง	2,318
ภาค 2	35,130
จันทบุรี	4,960
ฉะเชิงเทรา	4,515
ชลบุรี	10,669
ตราด	1,191
นครนายก	1,547
ปราจีนบุรี	3,470
ระยอง	4,655
สระแก้ว	4,123
ภาค 3	98,962
ชัยภูมิ	9,267
นครราชสีมา	24,677
บุรีรัมย์	15,932
ยโสธร	5,471
ศรีสะเกษ	13,585
สุรินทร์	14,322
อำนาจเจริญ	3,188
อุบลราชธานี	12,520

จำนวนเป้าหมายผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ

ประจำปี 2561 (แยกรายจังหวัด)

ภาค/จังหวัด	เป้าหมาย (คน)
ภาค 4	93,687
กาฬสินธุ์	8,156
ขอนแก่น	17,320
นครพนม	5,642
บึงกาฬ	3,760
มหาสารคาม	5,602
มุกดาหาร	2,954
ร้อยเอ็ด	11,815
เลย	4,470
สกลนคร	10,454
หนองคาย	4,847
หนองบัวลำภู	4,448
อุดรธานี	14,219
ภาค 5	45,581
เชียงราย	10,632
เชียงใหม่	11,582
น่าน	4,667
พะเยา	4,124
แพร่	4,334
แม่ฮ่องสอน	1,577
ลำปาง	5,350
ลำพูน	3,315
ภาค 6	47,094
กำแพงเพชร	5,697
ตาก	3,887
นครสวรรค์	8,191
พิจิตร	4,659
พิษณุโลก	6,312
เพชรบูรณ์	7,379
สุโขทัย	4,687
อุตรดิตถ์	3,725
อุทัยธานี	2,557

จำนวนเป้าหมายผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกินฯ

ประจำปี 2561 (แยกรายจังหวัด)

ภาค/จังหวัด	เป้าหมาย (คน)
ภาค 7	37,320
กาญจนบุรี	5,758
นครปฐม	8,299
ประจวบคีรีขันธ์	3,030
เพชรบุรี	3,530
ราชบุรี	4,995
สมุทรสงคราม	891
สมุทรสาคร	3,899
สุพรรณบุรี	6,918
ภาค 8	32,910
กระบี่	4,410
ชุมพร	4,227
นครศรีธรรมราช	9,729
พังงา	2,242
ภูเก็ต	3,161
ระนอง	1,608
สุราษฎร์ธานี	7,533
ภาค 9	45,430
ตรัง	7,300
นราธิวาส	6,494
ปัตตานี	6,558
พัทลุง	4,611
ยะลา	5,047
สงขลา	11,982
สตูล	3,438

จำนวนชุดตรวจปีสภาวะ จำแนกตามหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หน่วยงานสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		จำนวนชุดตรวจ เมทแอมเฟตามีน
รวมทั้งหมด		404,968
ส่วนกลาง		
สำนักยาและวัตถุเสพติด		48,209
1	กรุงเทพฯ	20,000
2	นนทบุรี	4,626
3	ปทุมธานี	6,230
4	พระนครศรีอยุธยา	4,984
5	สระบุรี	4,124
6	ลพบุรี	3,969
7	สิงห์บุรี	1,170
8	อ่างทอง	1,863
9	นครนายก	1,243
ส่วนภูมิภาค		
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 (เชียงใหม่)		17,557
1	เชียงใหม่	9,307
2	แม่ฮ่องสอน	1,264
3	ลำปาง	4,305
4	ลำพูน	2,681
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 1/1 (เชียงราย)		19,070
1	น่าน	3,747
2	พะเยา	3,327
3	เชียงราย	8,522
4	แพร่	3,474
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 (พิษณุโลก)		20,873
1	ตาก	3,121
2	พิษณุโลก	5,058
3	สุโขทัย	3,761
4	เพชรบูรณ์	5,925
5	อุตรดิตถ์	3,008
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 3 (นครสวรรค์)		19,183
1	กำแพงเพชร	4,588
2	พิจิตร	3,741

จำนวนชุดตรวจปัสสาวะ จำแนกตามหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หน่วยงานสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		จำนวนชุดตรวจ เมทแอมเฟตามีน
3	นครสวรรค์	6,574
4	อุทัยธานี	2,070
5	ชัยนาท	2,210
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 5 (สมุทรสงคราม)		30,004
1	กาญจนบุรี	4,631
2	นครปฐม	6,649
3	ราชบุรี	4,016
4	สุพรรณบุรี	5,563
5	ประจวบคีรีขันธ์	2,441
6	เพชรบุรี	2,831
7	สมุทรสาคร	3,129
8	สมุทรสงคราม	744
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 6 (ชลบุรี)		33,260
1	ฉะเชิงเทรา	3,641
2	ปราจีนบุรี	2,789
3	สระแก้ว	3,326
4	สมุทรปราการ	6,271
5	จันทบุรี	3,992
6	ชลบุรี	8,548
7	ระยอง	3,739
8	ตราด	954
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 7 (ขอนแก่น)		34,425
1	ร้อยเอ็ด	9,471
2	ขอนแก่น	13,924
3	มหาสารคาม	4,481
4	กาฬสินธุ์	6,549
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 8 (อุดรธานี)		38,208
1	นครพนม	4,509
2	หนองคาย	3,873
3	เลย	3,569
4	อุดรธานี	11,353
5	หนองบัวลำภู	3,554
6	บึงกาฬ	2,992
7	สกลนคร	8,358

จำนวนชุดตรวจปัสสาวะ จำแนกตามหน่วยงานในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หน่วยงานสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		จำนวนชุดตรวจ เมทแอมเฟตามีน
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 9 (นครราชสีมา)		51,338
1	สุรินทร์	11,465
2	นครราชสีมา	19,714
3	บุรีรัมย์	12,752
4	ชัยภูมิ	7,407
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 10 (อุบลราชธานี)		30,203
1	อำนาจเจริญ	2,552
2	ศรีสะเกษ	10,870
3	ยโสธร	4,390
4	อุบลราชธานี	10,004
5	มุกดาหาร	2,387
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 11 (สุราษฎร์ธานี)		18,328
1	ชุมพร	3,399
2	สุราษฎร์ธานี	6,033
3	นครศรีธรรมราช	7,610
4	ระนอง	1,286
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 11/1 (ภูเก็ต)		7,869
1	ภูเก็ต	2,533
2	พังงา	1,809
3	กระบี่	3,527
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 12 (สงขลา)		24,096
1	สงขลา	9,587
2	ปัตตานี	5,270
3	ยะลา	4,053
4	นราธิวาส	5,186
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 12/1 (ตรัง)		12,345
1	ตรัง	5,870
2	พัทลุง	3,708
3	สตูล	2,767

ป.๑๐๘-๒๕๕๗-๑

บันทึกผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น

สถานที่บันทึก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกฉบับนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้า นาย

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ยินยอมให้ซึ่งเป็น เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. /พนักงานฝ่ายปกครอง/

ตำรวจ ชั้นสัญญาบัตรขึ้นไป/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ทำการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเบื้องต้น

โดยข้าพเจ้ายินยอมมอบตัวอย่างปัสสาวะให้ไปตรวจด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

โดยมี นาย.....อายุ..... ปี

ที่อยู่.....

ซึ่งเป็น

 หัวหน้าชุดปฏิบัติการ (เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่มีบัตรเจ้าพนักงาน ป.ป.ส.) ร่วมเป็นพยานในการตรวจไว้ด้วย

อนึ่ง ในการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะและขอปัสสาวะไปตรวจในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกนาย ได้กระทำการตามอำนาจหน้าที่โดยมิได้บังคับ ชูเซ็น ล่อลวงหรือให้สัญญาใด ๆ แต่อย่างใด มิได้ทำร้ายร่างกาย ผู้หนึ่งผู้ใดให้ได้รับอันตรายแก่กาย หรือจิตใจแต่อย่างใด มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ใดเสียหาย สูญหายเสื่อมค่า หรือไร้ประโยชน์แต่อย่างใด มิได้เรียกเอาทรัพย์สินของผู้ใดมาเป็นประโยชน์ส่วนตนหรือบุคคลที่สามแต่อย่างใด อ่านให้ฟังรับว่าถูกต้องตามความเป็นจริง จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปัสสาวะ/ยินยอมให้ตรวจฯ

(ลงชื่อ).....หัวหน้าชุดปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ (เช่น จนท.ฝ่ายทหาร จนท.ฝ่ายปกครอง จนท.ฝ่ายสาธารณสุข)

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ/บันทึก/อ่าน

ผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น

 พบสารเสพติด ไม่พบสารเสพติด

ความยินยอมในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

 ยินยอม ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้นตามที่ปรากฏข้างต้น เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบต่อหน้าข้าพเจ้า และเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปัสสาวะ

แบบจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการตรวจเลือกทหารกองเกิน
ใช้สำหรับผู้ที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ

<p>(1) ชื่อ-สกุล นาย วันเดือนปีเกิด</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
<p>(2) <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน</p> <p><input type="radio"/> ที่อยู่เดียวกันกับทะเบียนราษฎร</p> <p><input type="radio"/> เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....</p>	
<p>(3) อาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> ว่างาน</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาชีพ</p> <p><input type="radio"/> รับจ้าง <input type="radio"/> ผู้ใช้แรงงาน <input type="radio"/> พนักงานโรงงาน <input type="radio"/> พนักงานบริษัทเอกชน</p> <p><input type="radio"/> ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ <input type="radio"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="radio"/> ทหาร/ตำรวจ</p> <p><input type="radio"/> การค้าขาย <input type="radio"/> การเกษตร <input type="radio"/> การคมนาคม <input type="radio"/> นักบวช</p> <p><input type="radio"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="radio"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ทำงาน/บริษัท/สถานศึกษา..... เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)</p>	
<p>(4) สถานภาพสมรส</p> <p><input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย</p> <p>การศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการศึกษา <input type="checkbox"/> กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร</p> <p><input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป <input type="checkbox"/> การศึกษาทางศาสนา</p> <p><input type="checkbox"/> การศึกษาอื่นๆ</p> <p>รายได้บาท/เดือน</p> <p>อาศัยอยู่กับ (ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา)</p> <p>ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p><input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> บิดาเสียชีวิต <input type="checkbox"/> มารดาเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> บิดามารดาเสียชีวิตหรือกำพร้า <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	
<p>(5) ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเป็นบวก จากชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะสำหรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ยาบ้า/ไอซ์ <input type="checkbox"/> กัญชา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	
<p>(6) ผลการคัดเลือกทหารกองเกิน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้รับคัดเลือก</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับคัดเลือก <input type="radio"/> ผลัดที่ 1 <input type="radio"/> ผลัดที่ 2 <input type="radio"/> ผลัดที่ 3 <input type="radio"/> ผลัดที่ 4</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่อนผัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)</p>	
<p>(7) ชื่อผู้เก็บข้อมูล วันที่เก็บข้อมูล</p>	

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระต่อม สารระเหย เฮโรอีน ผีน อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้..... บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกริक्तอยากใช้..... จนทนไม่ได้ บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้..... ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั้ว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้..... หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้..... แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน		

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน โรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
4-26	ปานกลาง**	
27+	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ

*อนุমানว่าเป็นผู้ใช้

**อนุমানว่าเป็นผู้เสพ

***อนุমানว่าเป็นผู้ติด

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง
 เพื่อให้ผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอกเห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่เห็นนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สูงเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สูงเคราะห์ (1 เดือน) ● การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน ● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน ● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> ● การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด (2-4 เดือน) เช่น MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน ● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้น้ำยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้น้ำยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- | | |
|---|---|
| -การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด | -การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| -การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | -การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค |
| -การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด | -การแจกถุงยางอนามัย |
| -การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | -การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| -การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพยาซ้ำ | -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

แบบแสดงตัวเพื่อเข้ารับการคัดกรองและนัดหมายให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

สถานที่บันทึก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่า นาย..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ผู้ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามบันทึกผลการตรวจปัสสาวะและแบบยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู
ได้เข้ารับการคัดกรองที่ ในวันที่.....ในการนี้ ได้คัดกรองตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และส่งเอกสารผลการคัดกรองและ
ส่งต่อให้อำเภอหรือเขตเพื่อบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ
(บสต.) แล้ว รวมถึงนัดหมายให้แสดงตัวเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ (สถานพยาบาล) (ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)โดยให้ไปแสดงตัวในวันที่..... นับแต่วันที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามแบบนี้
หากไม่แสดงตัวตามวันและสถานที่ที่นัดหมาย พนักงานสอบสวนจะพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วย
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ลงนาม).....ผู้คัดกรอง (ลงนาม).....ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

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

ใบนัดหมายให้ไปเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (สำหรับผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ นาย..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่

 (สถานพยาบาล) (ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)โดยให้ไปแสดงตัวในวันที่..... นับแต่วันที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามแบบนี้
หากไม่แสดงตัวตามวันและสถานที่ที่นัดหมาย พนักงานสอบสวนจะพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วย
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ลงนาม).....ผู้คัดกรอง (ลงนาม).....ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

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

บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๔

แบบ ข.



ที่.....

...(ชื่อสถานบำบัดฟื้นฟูและที่ตั้ง)...

...(วัน เดือน ปี)...

ตัวอย่าง

เรื่อง รายงานผลการไม่มาแสดงตัวเข้าสู่กระบวนการตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

เรียน ...(หัวหน้าส่วนราชการพนักงานสอบสวน ณ พื้นที่ตรวจคัดเลือกทหารกองเกิน)...

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาบันทึกผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาบันทึกการยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู (แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๒) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาแบบรายงานตัวเพื่อเข้ารับการคัดกรอง (แบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๕) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. รายงานผลการตรวจปัสสาวะตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕

ตามที่ ...(ศูนย์เพื่อการคัดกรอง)... ได้นัดหมายให้ ...(ชื่อผู้ต้องสงสัย)... ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐาน ...(เสพยาเสพติด/เสพและครอบครองยาเสพติด)... เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ ...(ชื่อสถานบำบัดฟื้นฟู)... ตั้งแต่วันที่ ...(วัน/เดือน/ปี)... จนครบกระบวนการบำบัดฟื้นฟู นั้น

ในการนี้ ...(ชื่อสถานบำบัดฟื้นฟู)... ขอแจ้งว่า...(ชื่อผู้ต้องสงสัย)...

- เป็นผู้ไม่ไปเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามระยะเวลาที่กำหนด
- เป็นผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแต่ไม่เสร็จสิ้นกระบวนการ

จึงขอรายงานผลการไม่มาแสดงตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู หรือเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อกำหนดของสถานบำบัดฟื้นฟูและเอกสารหลักฐานมายังท่าน (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) เพื่อดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามความในข้อ ๓ แห่งประกาศสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่องการนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง (ผู้อำนวยการสถานบำบัดฟื้นฟู หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ)

ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง.....

โทร.....