


ภาคผนวก 7
แบบฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

7.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา⁸

(ตัวอย่าง)



แบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา

ชื่อ - สกุล HN AN เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
เบอร์โทรติดตามอาการ

Chief complaint :

เหตุผลของการใช้กัญชา :

โรคประจำตัว : Cancer Palliative care Multiple sclerosis Epilepsy Pain Parkinson Alzheimer GAD
 ไม่มี ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ อื่นๆ โปรดระบุ

ประวัติดื่มแอลกอฮอล์: ไม่มี มี ความถี่ / บุหรี่ ไม่มี มี ความถี่ / สารเสพติด ไม่มี มี ความถี่

ภาวะที่มีข้อห้ามใช้ของกัญชา : ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ เคยแพ้สารสกัดจากกัญชา มีปัจจัยเสี่ยง Cardiovascular disease (CVD)
 Unstable CVD (คุณอาการไม่ได้) เป็นโรคจิตเภท/อารมณ์แปรปรวน/วิตกกังวล ตั้งครรภ์/ให้นมบุตร (รวมทั้งผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์)

ประวัติการใช้กัญชาในอดีต : ไม่เคยใช้ ใช้ ความถี่

รูปแบบของกัญชา : กัญชาสด (ระบุส่วนของต้น) กัญชาแห้ง (ระบุส่วนของต้น) ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นๆ ยี่ห้อ..... (โปรดระบุที่มา ซื้อผ่านอินเทอร์เน็ต วัด อื่นๆ) ผลิตภัณฑ์กัญชาจากองค์การเภสัชกรรม/กรมการแพทย์ (Unapproved products) ยี่ห้อ..... ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับการรับรองจาก FDA ของต่างประเทศแล้ว (Approved products) ยี่ห้อ.....

ขนาดยา/วิธีใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ครั้งละ..... วันละ..... ครั้ง

ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน/ยาที่ใช้ร่วมกับกัญชา (Current medication) :

ประวัติแพ้ยา: ไม่มี มี

การวินิจฉัยของแพทย์

Timeline


EVM

| V/S | BP | HR | RR | Osat | System specific ADR |
|------------|------|----|----|------|---|
| แรกเริ่ม | | | | | <input type="checkbox"/> CNS (<input type="checkbox"/> hallucination <input type="checkbox"/> visual disturbance <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ) <input type="checkbox"/> GI (<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N & V <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ) <input type="checkbox"/> CV (<input type="checkbox"/> Palpitation/tachycardia <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> อื่นๆ) <input type="checkbox"/> Respiratory (<input type="checkbox"/> Decreased RR <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> Others ระบุ |
| ล่าสุด | | | | | |
| Laboratory | | | | | |
| เวลา | Base | | | | |
| ALT | | | | | WHO criteria : <input type="checkbox"/> Certain <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible (<input type="checkbox"/> สงสัยสาเหตุจากยาร่วม <input type="checkbox"/> สงสัยสาเหตุจากโรคร่วม) <input type="checkbox"/> Unlikely |
| AST | | | | | |
| ALP | | | | | |
| TB, DB | | | | | |
| SCr | | | | | |
| eGFR | | | | | |

ลงชื่อเภสัชกร ผู้ประเมิน วันที่

7.2 แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์⁸

(ตัวอย่าง)



แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

ชื่อ - สกุล HN AN เพศ ชาย หญิง อายุ ปี

เบอร์โทร.....

หัวข้อที่ต้องการปรึกษา ผลึกกัญชากัญชา ซ็องงั้ง ขนาดยา อาการไม่พึงประสงค์ อื่นๆ โปรดระบุ

รายละเอียด

.....

.....

ต้องการรับบริการคลินิกกัญชาหรือไม่ ต้องการใช้บริการ ไม่ต้องการใช้บริการ

เหตุผลที่ต้องการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา.....

.....

โรคประจำตัว : Cancer Palliative care Multiple sclerosis Epilepsy Pain Parkinson Alzheimer

GAD ไม่มี ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ อื่นๆ โปรดระบุ

ภาวะที่มีข้อห้ามใช้ของกัญชา : ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ เสี่ยงแพ้สารสกัดจากกัญชา มีปัจจัยเสี่ยง Cardiovascular disease (CVD)

Unstable CVD (คุมอาการไม่ได้) เป็นโรคจิตเภท/อารมณ์แปรปรวน/วิตกกังวล ตั้งครรภ์/ให้นมบุตร (รวมทั้งผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์)

ประวัติการใช้กัญชาในอดีต : ไม่เคยใช้ เคยใช้ โปรดกรอกข้อมูลด้านล่าง

ขนาดยา/วิธีใช้ ครั้งละ..... วันละ..... ครั้ง ใช้มานาน/ความถี่ในการใช้

รูปแบบของกัญชาที่ใช้ในปัจจุบัน : กัญชาสด/แห้ง (ระบุส่วนของต้น))

ผลึกกัญชากัญชาอื่นๆ ยี่ห้อ..... (โปรดระบุที่มา ซื้อผ่านอินเทอร์เน็ต วัต อื่นๆ))

ผลึกกัญชากัญชาที่ได้รับการรับรองจาก FDA ของต่างประเทศแล้ว (Approved products) ยี่ห้อ.....

| รูปลักษณะ/รูปแบบเภสัชภัณฑ์ (Dosage forms) | วิธีใช้ |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> กัญชาสกัดน้ำมัน (น้ำมันกัญชา) (Oil extraction) | <input type="checkbox"/> ทอดใต้ลิ้น (Sublingual) |
| <input type="checkbox"/> ยาแคปซูล/เม็ด (Capsules/pills) | <input type="checkbox"/> รับประทาน (Oral) |
| <input type="checkbox"/> ยาชา (Solution) | <input type="checkbox"/> สเปรย์เข้าปาก (Spray to oral mucosa) |
| <input type="checkbox"/> ผง (Powder/granule) | <input type="checkbox"/> สูดดมไธระเหย (Vaping/ใช้การสูดพ่นไอเหมือนบุหรี่ไฟฟ้า) |
| <input type="checkbox"/> ยาฉีด (Solution for intravenous) | <input type="checkbox"/> สูบ (Smoking/ใช้การสูดเหมือนบุหรี่ มีการเผาไหม้) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> สูดเข้าปากแบบอื่นๆ (Inhalation) |
| | <input type="checkbox"/> แผ่นแปะผิวหนัง (Topical/transdermal patch) |
| | <input type="checkbox"/> ยาสอด (Suppositories) |
| | <input type="checkbox"/> ฉีด (Intravenous) |

ลงชื่อ เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา วันที่

7.3 ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (แบบ ย.ส.5)

แบบ ย.ส. ๕

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ /
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ เลขที่.....
 อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

.....

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับกรบำบัด)

.....
 อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

7.4 แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาในการรักษาโรค
กรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (SAS)⁸

(ตัวอย่าง)

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้อธิบายและให้ข้อมูลต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง) และแสดงความยินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคหรือภาวะของผู้ป่วย โดยได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ร่วมกันในเอกสารฉบับนี้

หมายเหตุ: ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมไม่สามารถมอบหมายให้ผู้อื่น รับผิดชอบในการดำเนินการเกี่ยวกับการแสดงความยินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคหรือภาวะของผู้ป่วย

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง เพื่อแสดงว่าได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้จากแพทย์ผู้ให้การรักษา

1. การอนุญาตและสถานะการรับรองผลิตภัณฑ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลิตภัณฑ์กัญชานี้ยังไม่ได้รับการรับรองด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับจำหน่ายในท้องตลาด ดังนั้น ผลิตภัณฑ์กัญชานี้จึงอาจมีปริมาณสารสำคัญ ที่ออกฤทธิ์ในปริมาณที่แตกต่างกันไปในแต่ละรุ่นการผลิต อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายนี้มีผลการทดสอบ จากห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง หรือสารเจือปนอื่น เกินมาตรฐานที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค

2. การใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา อาจทำให้เกิดการเสพติดได้

มีข้อมูลและรายงานการศึกษาระบุชัดเจนว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์อาจทำให้เกิดการทนต่อยา (tolerance) กล่าวคือ เกิดการชินกับยาต่อการใช้ซ้ำทำให้ต้องเพิ่มปริมาณหรือปรับขนาดการใช้ให้สูงขึ้นเพื่อให้ได้ ประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวัง หรืออาจทำให้เกิดการพึ่งพายาหรือเสพติดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

หากข้าพเจ้ามีความรู้สึกรังเกียจหรือความคิดที่ต้องการเพิ่มขนาดยาหรือมีความต้องการใช้กัญชาในปริมาณ และความถี่ที่สูงขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ เพื่อประเมิน ปรับขนาดการใช้ หรือวางแผน การรักษาต่อไป

3. คำเตือน ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

คำเตือนและข้อควรระวังการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา มีดังนี้

- (1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชาและสารประกอบอื่นในผลิตภัณฑ์กัญชา
- (2) หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิดหรือ สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- (3) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เติมน ในบุคคลที่อายุ ต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง
- (4) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ ความดันโลหิตต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมอง

(5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง

(6) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูง ในผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรควิตกกังวล

(7) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำ ควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยาลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา

(8) หากท่านได้รับการรักษาด้วยยากล่อมประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ ต้องแจ้งแพทย์ และหากต้องใช้ร่วมกับกัญชาต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

(9) ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติด รวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา

(10) หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

(11) ไม่ควรขับยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย เนื่องจากกัญชาอาจทำให้หิวง่วงซึม

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชา ได้แก่ ง่วงซึม เวียนศีรษะ วิตกกังวล สับสน ปากแห้ง คลื่นไส้ ความจำระยะสั้นบกพร่อง ภาวะเคลิ้มสุข ความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนบกพร่อง การมองเห็นไม่ชัด ความดันโลหิตต่ำ ไม่มีสมาธิ ทักษะการเคลื่อนไหวบกพร่อง โรควิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล อาการทางจิต การขาดความกระตือรือร้น ซึมเศร้า และ/หรือกระสับกระส่าย นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี สามารถเกิดปัญหาในระยะยาวด้านสมาธิ ความจำ การเรียนรู้ การใช้ยาในทางที่ผิด และโรคทางจิตเวชได้

ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ หากเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ หากข้าพเจ้าเกิดอาการซึมเศร้าหรืออาการทางจิตเวช มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลงไปผิดปกติจากเดิม มีอาการเหนื่อยล้าอย่างมาก มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวมากขึ้น หรือเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัวและ/หรือเพื่อน

4. ความเสี่ยง และอันตรกิริยาระหว่างยาของกัญชา

มีข้อมูลว่ายาจำนวนมากมีการเกิดอันตรกิริยา (drug interaction) กับกัญชา ยารักษาโรคหลายตัว เมื่อผสมกันสามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

*เมื่อใช้ร่วมกับยาเหล่านี้จะเพิ่มฤทธิ์หรือความเป็นพิษของยาดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เช่น morphine codeine oxycodone, ยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines, ยาฆ่าเชื้อกลุ่ม macrolides, calcium channel blockers, cyclosporine, sildenafil, antihistamines, haloperidol, ยากลุ่ม SSRIs เช่น fluoxetine, escitalopram, sertraline, ยากลุ่ม statin เช่น atorvastatin, simvastatin และอื่น ๆ เช่น warfarin เป็นต้น

*กัญชาเมื่อใช้ร่วมกับยาเหล่านี้จะทำให้ระดับของกัญชาในร่างกายและฤทธิ์ของกัญชาเพิ่มสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ยาต้านไวรัส เช่น ritonavir lopinavir, ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น erythromycin, clarithromycin, ยาฆ่าเชื้อรา เช่น ketoconazole, fluconazole, itraconazole และอื่น ๆ เช่น diltiazem, verapamil

ข้าพเจ้ารับทราบว่ากัญชาทำให้เกิดการเสพติดทางร่างกายและจิตใจ หากข้าพเจ้ามีอาการซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สับสนกระวนกระวาย ไม่อยากอาหาร มีปัญหาด้านสมาธิ การนอนหลับผิดปกติ และมีอาการเหนื่อยล้าผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการที่อาจเกิดจากการถอนยา ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ

ข้าพเจ้ารับทราบว่าถ้าการได้รับกัญชาเกินขนาดจะมีอาการดังต่อไปนี้ เวียนศีรษะ เห็นภาพหลอน ความผิดปกติของความคิด ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างสนิทใจในเรื่องที่ไม่เป็นความจริง หวาดระแวง หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ หากข้าพเจ้าเกิดอาการดังกล่าวจะแจ้งแพทย์ทันทีหรือไปที่ห้องฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุด

5. ข้อมูลของโรคและภาวะของผู้ป่วยและทางเลือกในการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการดำเนินของโรค รวมถึงผลที่กำลังจะเกิดขึ้น และทางเลือกต่างๆ ในการรักษา โอกาสในการฟื้นตัว การพยากรณ์โรคระยะยาว

ข้าพเจ้าได้รับทราบประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการรักษาด้วยยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว และทราบว่ามีโอกาสจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการรักษา รวมถึงคำแนะนำด้านการรักษาและการใช้กัญชา

ข้าพเจ้าได้มีโอกาสสอบถามปรึกษาแพทย์ในสาระสำคัญเหล่านี้และสอบถามทุกเรื่องที่ไม่เข้าใจหรือไม่กระจ่างจากแพทย์ผู้ให้การรักษา และแพทย์ได้ให้ข้อมูลข้าพเจ้าถึงแผนการรักษา รวมถึงคำแนะนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วยหรือเวชระเบียนต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ๆ รวมถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา หรือเพื่อประโยชน์ของเจ้าของข้อมูล

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบข้อมูลจาก

(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย)

(ชื่อ-นามสกุล แพทย์)

ผู้ให้การรักษาคือข้าพเจ้า เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่อยู่ในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับนี้แล้ว

..... (ลายมือชื่อผู้ป่วยหรือลายมือชื่อผู้ดูแลตามกฎหมาย)

ลงวันที่.....


ข้าพเจ้าได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่อยู่ในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับนี้แก่ผู้ป่วยแล้ว

..... (ลายมือชื่อแพทย์ผู้ได้รับการรับรอง)

ลงวันที่.....

7.5 หนังสือแสดงเจตนายินยอมรับการรักษาด้วยกัญชา (Cannabis) ในคลินิกการแพทย์แผนไทย
(Informed Consent Form)

(ตัวอย่าง)



หนังสือแสดงเจตนายินยอมรับการรักษาด้วยกัญชา (Cannabis) ในคลินิกการแพทย์แผนไทย
(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี (ผู้ป่วย)
 นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....

เนื่องจาก อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี อื่นๆ ระบุ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

ยินยอมให้แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำการรักษาโดยใช้กัญชา ซึ่งข้าพเจ้ายอมรับผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษานั้น ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและการอธิบายจาก แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ และทีมสุขภาพ ให้ทราบคือ

1. การอนุญาตและสถานการณ์รับรองผลิตภัณฑ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 ผลิตภัณฑ์กัญชานี้ยังไม่ได้ได้รับการรับรองด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับจำหน่ายในท้องตลาด อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายนี้มีผลการทดสอบจากห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง หรือสารเจือปนอื่นเกินมาตรฐานที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค
2. การใช้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา อาจทำให้เกิดการเสพติดได้
 หากข้าพเจ้ามีความรู้สึกหรือความคิดที่ต้องการเพิ่มขนาดยาหรือมีความต้องการใช้กัญชาในปริมาณและความถี่ที่สูงขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ เพื่อประเมิน ปรับขนาดการใช้ หรือวางแผนการรักษาต่อไป
3. คำเตือน ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา
 - (1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชาและสารประกอบอื่นในผลิตภัณฑ์กัญชา
 - (2) หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิด/วางแผนจะตั้งครรภ์
 - (3) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง
 - (4) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นลม หมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมอง
 - (5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวช
 - (6) หากท่านได้รับการรักษาด้วยยากดประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ ต้องแจ้งแพทย์และหากต้องใช้ร่วมกับกัญชาต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท
 - (7) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ หากใช้เป็นประจำควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ
 - (8) ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติด รวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา
 - (9) หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
 - (10) อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย

(11) ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชา ได้แก่ มึนเวียนศีรษะ (dizziness) เสียความสมดุล (loss of co-ordination) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ความดันโลหิตผิดปกติ (abnormal blood pressure) ปากแห้ง (Dry mouth) คลื่นไส้ (Nausea) สับสน (disorientation) กระวนกระวาย (agitation) วิตกกังวล (Anxiety) เมื่อมีอาการดังกล่าวควรหยุดยา และหากอาการไม่ดีขึ้นควรมาปรึกษาแพทย์ทันที

4. ความเสี่ยง ประโยชน์และอันตรกิริยาระหว่างยาของกัญชา

การใช้กัญชาพร้อมกับกลุ่มยาบางประเภท สามารถทำให้เพิ่มฤทธิ์หรือความเป็นพิษของยาดังกล่าวได้ เช่น warfarin, erythromycin, ketoconazole, simvastatin, morphine, antihistamines, Lorazepam, diazepam, haloperidol, fluoxetine เป็นต้น

5. ข้อมูลของโรคและภาวะของผู้ป่วยและทางเลือกในการรักษา

(๑) ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการดำเนินของโรค รวมถึงผลที่กำลังจะเกิดขึ้น และทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษา โอกาสในการฟื้นตัว การพยากรณ์โรครยะยาว

(๒) ข้าพเจ้าได้รับทราบประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการรักษาด้วยยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว และทราบว่ามีโอกาสจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการรักษา รวมถึงคำแนะนำด้านการรักษาและการใช้กัญชา

(๓) ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจกับแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ในสาระสำคัญเหล่านี้

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม มาคนเดียว

ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล (พยาบาลวิชาชีพ)

(.....)

7.6 แบบประเมินก่อนสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช^{3,9-10}

| | | |
|---|----------------|---|
| ชื่อสถานพยาบาล.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....วันที่..... | | |
| แบบประเมินก่อนสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ | | |
| เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช | | |
| ชื่อ-นามสกุล | อายุ (ปี) | เพศ ชาย หญิง |
| เลขที่บัตรประชาชน | HN | |
| 1. การสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ | | |
| ชนิดของผลิตภัณฑ์กัญชาที่สั่งจ่าย.....ความเข้มข้น (mg/cc) THCCBD..... | | |
| ขนาดที่คาดว่าจะให้ต่อวัน.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะให้..... | | |
| วินิจฉัยโรคหลัก.....เหตุผลในการสั่งจ่าย..... | | |
| ประวัติเคยได้รับผลิตภัณฑ์กัญชามาก่อน (รายละเอียด)..... | | |
| 2. ประวัติผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น | | |
| ขณะนี้ป่วยและ/หรือมีอาการของความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้ (อยู่ระหว่างรักษาหรือไม่รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน) | | |
| มี | ไม่มี | โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคจิต (psychosis) ชนิดอื่น ๆ (F20-29) |
| มี | ไม่มี | โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ/หรือโรคซึมเศร้า (depressive disorder) |
| มี | ไม่มี | มีความคิดหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal idea or suicidal attempt) |
| 3. ประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการป่วยทางจิตจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ | | |
| มี | ไม่มี | ญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วย |
| มี | ไม่มี | อายุต่ำกว่า 25 ปี เสี่ยงต่อพัฒนาการของสมอง |
| มี | ไม่มี | สตรีที่กำลังตั้งครรภ์หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ หรืออยู่ระหว่างให้นมบุตร เพราะเสี่ยงต่อพัฒนาการของสมอง |
| มี | ไม่มี | มีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยความผิดปกติทางจิตเวช (รายละเอียดตามข้อ 2) เพราะอาจทำให้กลับป่วยซ้ำ |
| มี | ไม่มี | มีประวัติหรือขณะนี้มีปัญหาความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด (สุรา นิโคติน กัญชา หรือสารเสพติดอื่น ๆ; F10.0-10.9) เพราะเสี่ยงต่อการเสพติด |
| 4. ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต่อไปนี้ เนื่องจากเกิด drug interaction กับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ | | |
| มี | ไม่มี | ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น warfarin, rivaroxaban, apixaban) |
| มี | ไม่มี | ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (เช่น clopidogrel, cilostazol) |
| มี | ไม่มี | ยากันชัก (เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, perampamil) |
| มี | ไม่มี | ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ (เช่น propranolol, metoprolol, bisoprolol) |
| มี | ไม่มี | ยาในกลุ่ม fluoroquinolones (เช่น norfloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin) |
| มี | ไม่มี | ยาในกลุ่ม dihydropyridine (เช่น Amlodipine, Nifedipine) |
| มี | ไม่มี | ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม SSRI (เช่น fluoxetine) |
| มี | ไม่มี | ยาออกฤทธิ์กดประสาท (เช่น opioids, benzodiazepines, phenobarbital, zolpidem) |
| มี | ไม่มี | ยาที่ถูก metabolized โดย CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 ในปริมาณมาก (เช่น midazolam, diazepam, flunarizine, sulfonylureas, immunosuppressants, Anti HIV, Ergotamine ฯลฯ) |
| 5. ประวัติโรคประจำตัวที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีความเข้มข้นของ THC สูง | | |
| มี | ไม่มี | มีประวัติเป็นโรคตับ หรือโรคไต |
| มี | ไม่มี | มีประวัติเป็นโรคหัวใจ (เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว) |
| 6. สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังอื่น ๆ | | |
| สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ที่สั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ | | |
| ท่านได้ซักประวัติข้างต้นอย่างครบถ้วนแล้ว และหากพบว่า "มี" ประวัติหนึ่งในข้อใดข้างต้น ท่านได้พิจารณาถึงความเหมาะสมว่ามีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และได้อธิบายความเสี่ยงและการเฝ้าระวังจิตตามให้ผู้ป่วย (และ/หรือ ญาติ) ทราบเข้าใจในทุกแง่มุมแล้ว | | |
| (ลงชื่อ) แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ผู้สั่งจ่าย | (วัน/เดือน/ปี) | (ลงชื่อ) ผู้ป่วย |
| | | (วัน/เดือน/ปี) |

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

| <p align="center">“การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างไร ให้ปลอดภัย และไม่ป่วยจิต”</p> <p align="center">แนวทางปฏิบัติให้คำปรึกษาแบบสั้น (BRIEF INTERVENTION) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์</p> <p align="center">ใช้หลัก 5 เป็น (5A): ถามเป็น (ASK) ชมเป็น (AFFIRM) แนะนำเป็น (ADVICE) ร่วมไปกับการค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงและช่วยเหลือ/แก้ไขเป็น (ASSESS AND ASSIST)</p> | | | |
|--|---|--|----------------|
| แนวทางปฏิบัติ (ตามลำดับ) | | ข้อมูลจากการให้คำปรึกษา | |
| 1. การสร้างสัมพันธภาพ | | | |
| - ชักถามถึงอาการปัญหาสุขภาพที่ทำให้มา รพ. คืออะไร และแสดงความห่วงใย | | | |
| 2. ประเมินปัญหาและสิ่งยึดเหนี่ยว : ถามเป็น (ASK) | | | |
| - ทุกวันนี้ที่ยังต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บอยู่เพื่ออะไร | | ชมเป็น (Affirm): ชื่นชมข้อดีที่ปรากฏ (และแทรกชมเป็นอยู่ในขั้นตอนอื่นๆ) | |
| - คุณใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันไปกับเรื่องอะไร | | | |
| - รายได้ส่วนใหญ่ใช้ไปกับอะไร | | | |
| 3. ประเมินความเสี่ยงของการได้รับกัญชาทางการแพทย์ : | | | |
| แนะนำเป็น (ADVICE) → ประเมินเป็น (ASSESS) → ช่วยเหลือ/แก้ไขเป็น (ASSIST) | | | |
| - หากคุณได้รับกัญชาเพื่อการรักษา ความเจ็บป่วยคุณมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการใช้กัญชา 3 แบบ | - หากคุณได้รับการรักษาด้วยกัญชาแล้ว เกิดอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่ง คุณเกิดผลอย่างไรต่อคุณบ้าง | | |
| 3.1 ก้าวร้าวจากกัญชา (INTOXICATION) อาการมีมา จึงทำให้กระวนกระวาย ใจสั่น ซึ่อกไม่รู้สึกตัว เกิดอุบัติเหตุ จากการขับรถหรือเครื่องจักรกล | - หลังใช้ยาแล้วคุณต้องขับรถหรือใช้เครื่องจักรกลอะไรบ้างไหม - คุณเคยมีอาการมีมาภายหลังใช้ยาหรือไม่ แล้วเป็นอย่างไร ทำอย่างไร | - ต้องหยุดยาเมื่อก่อนนอน - คุณต้องหลีกเลี่ยงการขับรถหรือใช้เครื่องจักรกล หลังการหยุดยา 3 ชั่วโมง | |
| 3.2 เกิดอาการทางจิตหรือเป็นโรคจิต เช่น ประสาทหลอน (หูแว่ว ภาพหลอน) หวาดระแวง | - คุณเคยป่วยหรือเคยรักษาอาการทางจิตหรือไม่ (ถ้ามี เมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร ทำอย่างไร) - คุณเคยมีอาการทางจิต ภายหลังจากหยุดยารหรือไม่ อย่างไร - เคยมีก้อนในครอบครัวที่มีอาการทางจิตหรือไม่ (บุคคลเหล่านั้นได้รับยาหรือไม่) | - คุณต้องได้รับยาภายใต้คำสั่งและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร เท่านั้น *ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่าคุณเสี่ยงเกินขนาด คุณควรหยุดใช้ และปรึกษาแพทย์ทันที - คุณมีโอกาสที่จะเกิดอาการทางจิตมากกว่าคนที่ไม่มีญาติเป็นโรคจิต | |
| 3.3 การติดกัญชา ต้องเพิ่มปริมาณหรือสร้างเสริมมากขึ้น | - คุณเคยหยุดหรือใช้ยาเสพติดอื่นหรือไม่ (อะไร ที่ไหน) - คุณหยุดยาเพิ่มมากขึ้น หรือเลิก | - คุณต้องหยุดดื่มหรือหยุดใช้สารเสพติดในช่วงที่หยุดยา - คุณต้องแจ้งแพทย์เพื่อประเมินการติดกัญชา | |
| 4. ให้ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจใช้กัญชา | | | |
| ถามเป็น (ASK) → แนะนำเป็น (ADVICE) | | | |
| จากการคุยกันมาทั้งหมดนี้ ขอให้คุณสรุปแนวทางการปฏิบัติตัวต่อการรักษาโรคด้วยกัญชา | - กรณีที่พบความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง คุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในเรื่อง.....นี้ หากเกิดเหตุการณ์ขึ้น คุณจะจัดการอย่างไร และคุณตัดสินใจต่อการเลือกการรักษาด้วยกัญชาต่อไปหรือไม่ - กรณีที่ไม่พบความเสี่ยงใน 3 ข้อ คุณกังวลเรื่องใดมากที่สุด และคุณจะจัดการเรื่องนี้อย่างไร | 1. เริ่มต้นขนาดต่ำ และปรับเพิ่มขนาดช้าๆ จนได้ขนาดยาเหมาะสม เกิดผลข้างเคียงน้อย 2. หากเกิดผลข้างเคียงปรับลดขนาดยา เมื่อพบอาการมี เวียนศีรษะ เสียความสมดุล หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตผิดปกติ 3. หยุดใช้ทันที เมื่อพบอาการสับสน กระวนกระวาย วิดกั้งวล ประสาทหลอน หวาดระแวง 4. ควรให้เวลาก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงได้ | |
| การติดตามครั้งถัดไป | | | |
| ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการใช้กัญชาให้คำแนะนำแบบสั้น (BA): ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น | | | |
| ถ้ามีปัญหาจากการใช้กัญชาให้คำปรึกษาแบบสั้น (BI) ช้า: ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น ประเมินเป็น ช่วยเหลือ/แก้ไข | | | |
| สำหรับพยาบาลหรือบุคลากรผู้ให้คำปรึกษา (PRE-COUNSELING) ท่านได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว | | | |
| (ลงชื่อ) | | (ลงชื่อ) | |
| พยาบาล/ผู้ให้คำปรึกษา | (วัน/เดือน/ปี) | ผู้ป่วย | (วัน/เดือน/ปี) |
| กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข | | | |

7.7 แบบสังเกตอาการด้านจิตใจในผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ส่งจ่าย
(แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร)^{3, 9-10}

| | | |
|---|----------------|---|
| ชื่อ-นามสกุล | อายุ (ปี) | เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง |
| เลขที่บัตรประชาชน | HN | |
| กรุณาประเมินผู้ป่วยหลังได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ว่ามีอาการเหล่านี้หรือไม่ ให้ประเมินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา | | |
| อาการ | ไม่มีอาการ | มีอาการ |
| Early warning sign | | |
| 1. วิดกกังวล (anxiety) กังวลจนเกินเหตุ มีความคิดไม่ได้ตั้งใจคิด หายใจไม่อิ่ม | | |
| 2. ซึมเศร้า (depression) เบื่อ ท้อแท้ ไม่สนใจอยากทำอะไร | | |
| 3. แพนิค (panic attack) ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ | | |
| 4. ตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement) | | |
| 5. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling) ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีความคิดฆ่าตัวตาย | | |
| 6. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง | | |
| 7. สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention) | | |
| 8. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control) | | |
| 9. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สนใจต่อเนื่อง | | |
| 10. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability) | | |
| 11. ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ (disorientation) บอกวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ | | |
| อาการ Psychosis | | |
| 12. ความคิดสับสน (conceptual disorganization) | | |
| 13. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่ว ภาพหลอน ฯลฯ | | |
| 14. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย | | |
| 15. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity) | | |
| อาการอื่น ๆ | | |
| ข้อสังเกตเพิ่มเติม | | |
| (ลงชื่อ) ผู้ประเมิน | (วัน/เดือน/ปี) | (ลงชื่อ) ผู้ส่งจ่าย |
| | | (วัน/เดือน/ปี) |

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2563). คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2563.
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ; 2563.
3. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. หลักสูตรการฝึกอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาแบบสั้นในผู้ป่วยได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์. กรมสุขภาพจิต; 2563
4. อีรพงศ์ ตุนาค, บุญศิริ จันศิริมงคล, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1; 2562.
5. กรพินธุ์ ณ ระนอง. การอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 9 เรื่องกฎระเบียบและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์. วันที่ 10-11 พฤศจิกายน 2563; โรงแรมอมารี บุรีรัมย์ ยูไนเต็ด (สนามช้างอารีนา): กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2563.
6. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วย (กรณีการแพทย์แผนปัจจุบัน); 2562.
7. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วย (กรณีการแพทย์แผนไทย); 2563.
8. กรมการแพทย์. รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.
9. กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกอบรมการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2540.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกอบรมการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับผู้ให้การศึกษา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2543.

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

