คู่มือการปฏิบัติงาน
(Work Manual)

เรื่อง
แนวทางการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์

จัดทำโดย

เภสัชกรหญิงสุนันทา หล่อพงศ์ไพบูลย์

เภสัชกรหญิงอ้อมพร ฉัตรมหากุลชัย

เภสัชกรหญิงกัญญาณัช ไชยเลิศ

เภสัชกรหญิงชัชศรัณย์ เรืองพนิช

เภสัชกรหญิงทิตยดา พณนันท์

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

กรกฎาคม ๒๕๖๕

คำนำ

เดิมกัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ ๕ ปัจจุบันได้มีการถอดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและได้มีการกำหนดแนวทางการใช้ยากัญชาไว้อย่างรัดกุม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๖๓ ประกาศลงในพระราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๙๐ ง ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ กฎหมายได้ผ่อนปรนให้สามารถนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค ต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความเหมาะสมต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน การที่สถานพยาบาลมีทั้งการให้บริการยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย จะเป็นการอำนวยความสะดวกและเอื้อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น แม้ว่ากัญชาจะสามารถนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ ยังมีความจำเป็นจะต้องใช้ภายใต้การควบคุมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากยังมีข้อควรระวังในการใช้และอาจจะเป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยได้

คู่มือแนวทางการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ฉบับนี้ ได้ปรับตามความเหมาะสมและบริบทของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยยึดหลักการทำงานให้มีความถูกต้อง ปลอดภัย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์นี้ จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปปรับใช้หรือใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไปในอนาคต

นางสาวสุนันทา หล่อพงศ์ไพบูลย์
นางอ้อมพร ฉัตรมหากุลชัย
นางกัญญาณัช ไชยเลิศ
นางชัชศรัณย์ เรืองพนิช
นางสาวทิตยดา พณนันท์
ผู้จัดทำ
กรกฎาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

หน้า

๑. วัตถุประสงค์ (Objective)....๑

๒. ขอบเขต (Scope)....๑

๓. คำจำกัดความ (Definition)....๑

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)....๒

๕. ผังการไหลของกระบวนงาน (Work Flow)....๓

๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure)....๓

๗. แบบฟอร์มที่ใช้ (Form)....๓

๘. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance Standard)....๓

๙. ยากัญชาทางการแพทย์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า....๑๐

๑๐. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์....๑๘

๑๑. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์....๑๘

๑๒. อันตรกิริยาระหว่างยากับสารสำคัญในกัญชา....๑๘

๑๓. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)....๒๑

๑๔. ภาคผนวก (Appendix)....๒๒

- ๑. แบบคัดกรองคลินิกเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์....๒๓
- ๒. แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา....๒๗
- ๓. แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนไทย....๓๐
- ๔. แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์....๔๑
- ๕. แบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา....๔๒
- ๖. แบบ ย.ส.๕....๔๓
- ๗. แบบประเมินคุณภาพชีวิต....๔๔
- ๘. สมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์....๔๕

๑. วัตถุประสงค์ (Objective)

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษได้อย่างถูกต้อง

๒. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามหลักวิชาการ การใช้ยากัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมีประสิทธิผล

๒. ขอบเขต (Scope)

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเป็นแนวทางการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ให้ถูกต้องเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่สามารถรักษา/ควบคุมอาการของโรคได้ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

๓. คำจำกัดความ (Definition)

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์กัญชา หมายถึง รูปแบบ หรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ด สเปรย์พ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนัก และอื่นๆ

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

ลำดับ	ชื่อ/ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาทและ หน้าที่ความรับผิดชอบ
๑	แพทย์แผนปัจจุบัน	๑. มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ๒. ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์จากกรมการแพทย์	วินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ตามแนวทางการใช้ยากัญชาทางการแพทย์
๒	แพทย์แผนไทย	๑. มีใบประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์แผนไทย ๒. ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย และได้รับการขึ้นทะเบียนจากกรมการแพทย์แผนไทย	วินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ตามแนวทางการสั่งใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย
๓	เภสัชกร	๑. มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ๒. มีองค์ความรู้ด้านยากัญชาทางการแพทย์ และผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ยากัญชาทางการแพทย์	๑. จ่ายยาตามการสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ๒. ควบคุมการจัดเก็บ และการสำรองยาให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ ๓. ให้คำแนะนำการใช้ยา กับผู้ป่วยและญาติ ๔. จัดทำบัญชีรับ-จ่ายกัญชาตามที่กฎหมายกำหนด ๕. รายงานการใช้กัญชา ด้านภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียง แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ๖. ติดตามบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ๗. ประเมินคุณภาพชีวิตแบบ EQ-๕D-๕L

๕. ผังการไหลของกระบวนงาน (Work Flow)

๖. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure)

๗. แบบฟอร์มที่ใช้ (Form)

๘. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance Standard)

ลำดับ	ผังการไหลของกระบวนการ	ระยะเวลา	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	แบบฟอร์มที่ใช้	มาตรฐานการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ
1.	ขออนุมัติการเบิกยาเพื่อสำรองยากัญชาทางการแพทย์	2 ชม.	1. ขอคำปรึกษาจากหัวหน้ากลุ่มงาน 2. ทำบันทึกเสนอ “ขออนุมัติดำเนินการสำรองยากัญชาทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน” 3. ขอเบิกยาจากคลังยา	- บันทึกข้อความ	- ครอบคลุมรายการยาที่จะดำเนินการ	- เภสัชกรหัวหน้าห้องยานอก
2.	จัดทำข้อมูลรายการยากัญชาและกลุ่มโรคที่แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันสั่งจ่ายยากัญชา	3 ชม.	1.จัดทำข้อมูลรายการยากัญชา เช่น ความแรง ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น 2.จัดทำข้อมูลกลุ่มโรคที่แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาได้ตามสิทธิการรักษา	- เอกสารจาก สปสช.	- ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน	- เภสัชกรที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	ผังการไหลของกระบวนการ	ระยะเวลา	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	แบบฟอร์มที่ใช้	มาตรฐานการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ
3.	แพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบันสั่งยากัญชา	15 นาที	ผู้ป่วยที่ต้องการรักษากัญชาทางการแพทย์สามารถมารับบริการได้ ดังนี้ 1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 8.00น.-15.00น. 2. คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันเปิดให้บริการวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00น.-15.00น.	- ตามบันทึกข้อตกลงคลินิกกัญชาทางการแพทย์	- ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	- เภสัชกรที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์
4.	ส่งใบสั่งยาที่ห้องยา	20 นาที	1. เจ้าหน้าที่ห้องยารับใบสั่งยาแล้วยื่นคิวให้ผู้ป่วย 2. เภสัชกรประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา 3. ส่งคีย์ยา 4. จัดยาและตัด stock card	1. แบบคัดกรองคลินิกเบื้องต้นผู้มารับบริการให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ 2. แบบฟอร์มประเมินคุณภาพชีวิต แบบ EQ-5D-5L	- ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน	- เภสัชกรที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	ผังการไหลของกระบวนการ	ระยะเวลา	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	แบบฟอร์มที่ใช้	มาตรฐานการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ
			5. ตรวจสอบยา ความถูกต้องของใบสั่งยาและใบ ย.ส.5 6. ส่งเอกสารไปการเงิน 7. บันทึกข้อมูลในสมุดคู่มือกัญชา 8. บันทึกการประเมินคุณภาพชีวิตแบบ EQ-5D-5L 9. บันทึกติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา 10. จ่ายยา	3. แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ 4. แบบบันทึกติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา 5. ใบย.ส.5 6. สมุดประจำตัวผู้ใช้กัญชา		
5.	บันทึกข้อมูลและรายงานผลส่ง อ.ย.	10 นาที	1. บันทึกข้อมูล 2. รายงานส่ง อ.ย.	http://drug.nhso.go.th/drugserver/index.zul	- ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน	- เภสัชกรที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ขั้นตอนการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์

Flowchart แสดงขั้นตอนการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์

ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

คัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

วินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์โดยแพทย์แผนปัจจุบัน

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

วินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์โดยแพทย์แผนไทย

Consent form /ใบ ยส.5

บันทึกแบบประเมินก่อนสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช

จ่ายยาโดยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์และส่งมอบสมุดประจำตัวสำหรับผู้ใช้ยากัญชาทางการแพทย์

ติดตามประเมินผล ประเมินคุณภาพชีวิตแบบ EQ-5D-5L

คำอธิบายแผนภาพขั้นตอนการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๑ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์

โดยข้อบ่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์ แบ่งได้เป็น ๒ ส่วน ได้แก่

๑.๑ ข้อบ่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อบ่งใช้ที่ได้ประโยชน์

๑. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (Chemotherapy induce nausea and vomiting)

๒. โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา

๓. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis)

๔. ภาวะปวดประสาท (Neuropathic pain)

๕. ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักน้อย

๖. การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อบ่งใช้ที่น่าจะได้ประโยชน์

๑. โรคพาร์กินสัน

๒. โรคอัลไซเมอร์

๓. โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorders)

๔. โรคปลอกประสาทอักเสบอื่นๆ เช่น Neuromyelitis opticaและ autoimmune encephalitis

๕. โรคหรือภาวะของโรคอื่นๆตามดุลยพินิจของแพทย์

๑.๒ ข้อบ่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

๑. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือเป็นโรคที่มีเกณฑ์ตามแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมและน้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ดังนี้

๑.๑ ยาศุขไสยาศน์ : ช่วยให้นอนหลับ

๑.๒ ยาทำลายพระสุเมรุ : ฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง แก้ลมจุกเสียด ลมอัมพฤกษ์อัมพาต

๑.๓ ยาแก้ลมแก้เส้น : แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีอาการมือเท้าชา อ่อนแรง

๑.๔ ยาน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา : ช่วยให้นอนหลับ ช่วยเจริญอาหาร แก้ลมปะกัง บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง และแก้โรคสันนิบาตลูกนก

๒. ภาวะที่แพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ เห็นสมควรได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทย ที่มีกัญชาปรุงผสม และน้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

๓. ผู้ป่วยที่มีสัญญานชีพ และอาการทางคลินิกคงที่

๔. ผู้ป่วยทีมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายได้เข้าใจ

ขั้นตอนที่ ๒ คัดกรองเบื้องต้นก่อนเข้าคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๑. ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยตามข้อบ่งใช้ และข้อจำกัดการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบัน และแผนไทย

๒. พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกกัญชาแผนปัจจุบัน หรือแผนไทย

<u>ข้อจำกัดการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน</u>

๑. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสารสกัดกัญชา ซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ และ/หรือ สารที่เป็นตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัด

๒. ผู้ที่มีอาการรุนแรงของ Unstable cardio-pulmonary disease) หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

๓. ผู้ที่อาการโรคจิตมาก่อน หรือมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน

๔. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด หรือสตรีที่วางแผนว่าจะตั้งครรภ์

<u>หมายเหตุ</u> ควรคำนึงถึงข้อควรระวังอื่นๆ ในการใช้สารสกัดกัญชา ดังนี้

๑. การสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี THC เป็นส่วนประกอบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสมองที่กำลังพัฒนาได้ ดังนั้นผู้สั่งใช้ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ยากัญชา

๒. ผู้ที่เป็นโรคตับ

๓. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนัก

๔. ผู้ใช้ยาอื่นๆ โดยเฉพาะยากลุ่ม Opioids และยากล่อมประสาท เช่น Benzodiazepines

๕. ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอใน๒กลุ่มนี้ กระบวนการ metabolism ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า ทำให้มีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นการใช้จึงควรเริ่มต้นในปริมาณที่น้อย และปรับเพิ่มขึ้นช้าๆ

<u>ข้อจำกัดการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย</u>

๑. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้กัญชาและส่วนประกอบอื่นๆ ในตำรับยาแผนไทย ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น โรคหัวใจ ที่ยังมีอาการกำเริบเป็นระยะ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับและไตผิดปกติ

๔. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกอื่นๆ ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

๕. ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี (เฉพาะตำรับที่เป็นข้อห้าม)

๖. ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย

๗. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว (ทั้งนี้ควรปรึกษาจิตแพทย์)

๘. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือดื่มสุราอย่างหนัก

๙. ควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ และยาต้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ ๓ ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์

การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

๓.๑ การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยการคัดกรองความเสี่ยง และตรวจร่างกาย ดังนี้

๑. คัดกรองความเสี่ยง ได้แก่ อาการจิตเวช, โรคประจำตัว, ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัญชา

๒. ตรวจร่างกายและสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น vital sign, BP, CBC, AST, ALT เป็นต้น

๓. ประเมินความรุนแรงของโรค

๔. ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

๓.๒ การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยการคัดกรองตามความเสี่ยง และตรวจร่างกาย ดังนี้

๑. คัดกรองความเสี่ยงจากประวัติ ได้แก่ อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี, วางแผนตั้งครรภ์, โรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย, โรคไตรุนแรง (Cr>๒ mg/dl, BUN >๔๐mg/dl), มีความผิดปกติของค่าอิเล็กโทรไลท์ที่รุนแรง, ประวัติโรคจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว ไม่รับรู้ไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถสื่อความหมายให้เข้าใจได้

๒. ประเมินชีพจร และการตรวจทางการแพทย์แผนไทย

๓. ส่งตรวจตามห้องปฏิบัติการตามดุลยพินิจของแพทย์ เช่น CBC, BUN, Cr, AST, ALT เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๔ วินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาโดยแพทย์

การวินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

๔.๑ การวินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา ดังนี้

๑. ตรวจสอบข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ รวมทั้งยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

๒. วินิจฉัยสั่งจ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้งไม่เกิน ๓๐ วัน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณยาที่ใช้ และปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลในการรักษาโรค และลดอาการอันไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุดตามข้อกำหนด ข้อบ่งใช้ การใช้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะโรค และภาวะที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์ ตามคำแนะนำในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์

๔.๒ การวินิจฉัยและสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยมีการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยา ดังนี้

๑. ตรวจสอบข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ รวมทั้งยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

๒. วินิจฉัยสั่งจ่ายตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม และน้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณยาที่ใช้ ปรับขนาดยาให้เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาโรคที่ดี และลดอาการไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด ตามข้อกำหนดการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม และน้ำมันกัญชาทางแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ขั้นตอนที่ ๕ เอกสารแสดงความยินยอม (Consent form) และใบยส. ๕

แพทย์และผู้ป่วยจะต้องวางแผนการรักษาร่วมกัน โดยผู้ป่วยจะต้องทราบข้อมูลก่อนการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ทั้งประโยชน์และความเสี่ยง แล้วลงนามยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent form) โดยการแนบแบบประเมินก่อนสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช จากนั้นแนบใบยส. ๕ เก็บไว้ที่เภสัชกร

ขั้นตอนที่ ๖ จ่ายยาโดยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์

โดย เภสัชกรผู้จ่ายยามีหน้าที่ ดังนี้

๑. ตรวจสอบการสั่งยาของแพทย์ในใบสั่งยา

๒. จ่ายยาไม่เกิน ๓๐ วัน ให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติ

๓. กรณีรับยาครั้งแรก จะส่งมอบสมุดประจำตัวสำหรับผู้ใช้ยากัญชาทางการแพทย์ และคู่มือการใช้ยากัญชาทางการแพทย์

๔. ติดตาม บันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์

๕. แนบแบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๗ ติดตามประเมินผล ประเมินคุณภาพชีวิตแบบ EQ-๕D-๕L

๑. ติดตามและประเมินผลลัพธ์การใช้ยา ผลข้างเคียง ภายใน ๑ เดือน และมีการบันทึกผลการประเมินทุกครั้งที่สมุดประจำตัวสำหรับผู้ใช้ยากัญชาทางการแพทย์

๒. ประเมินคุณภาพชีวิตแบบ EQ-๕D-๕L ภายใน ๑ เดือน

๓. รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ ภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียง แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) http://drug.nhsc.go.th/drugserver/index.zul

๙. ยากัญชาทางการแพทย์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ยากัญชาทางการแพทย์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แบ่งได้ ดังนี้

สารสกัดน้ำมันกัญชาทางการแพทย์

- รายชื่อสารสกัดน้ำมันกัญชาที่จ่ายได้โดยแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ GPO THC, GPO CBD, GPO THC:CBD (๑:๑) และ THC ๑.๗%อภัยภูเบศร์ เป็นต้น
- รายชื่อสารสกัดน้ำมันกัญชาที่จ่ายได้โดยแพทย์แผนไทย ได้แก่ น้ำมันกัญชาหมอเดชา, ตำรับยาศุขไสยาศน์, ตำรับยาแก้ลมแก้เส้นและตำรับยาทำลายพระสุเมรุ เป็นต้น.

รายชื่อสารสกัดน้ำมันกัญชาที่จ่ายได้โดยแพทย์แผนปัจจุบัน มี ๔ รายการ ได้แก่

๑. GPO THC Cannabis oil

รูปแบบยา : ยาน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น

ขนาดบรรจุ : ๕ ml (๑ หยด ประกอบด้วย THC ๐.๕ มิลลิกรัม)

สรรพคุณ : ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting), ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) หรือใช้ตามแพทย์สั่ง

วิธีการใช้ : ขนาดเริ่มต้น ๑-๒ หยด และปรับเพิ่มขนาดช้าๆตามคำแนะนำของแพทย์

การเก็บรักษา

เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๐ องศาเซลเซียส และเก็บให้พ้นแสง

๒. GPO CBD Cannabis oil

รูปแบบยา : ยาน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น
ขนาดบรรจุ : ๑๐ ml (๑ มิลลิลิตร ประกอบด้วย cannabidiol (CBD) ๑๐๐ มิลลิกรัม)
สรรพคุณ : โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา (intractable epilepsy) และใช้ตามแพทย์สั่ง
วิธีการใช้ : ขนาดเริ่มต้น ๑-๒ หยด และปรับเพิ่มขนาดช้าๆตามคำแนะนำของแพทย์

การเก็บรักษา

เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๐ องศาเซลเซียส และเก็บให้พ้นแสง

๓. GPO THC:CBD (๑:๑) Cannabis oil

รูปแบบยา : ยาน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น
ขนาดบรรจุ : ๕ ml (๑ มิลลิลิตร ประกอบด้วย THC ๒๔ มิลลิกรัม และ CBD ๒๕ มิลลิกรัม)
สรรพคุณ : ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) และใช้ตามแพทย์สั่ง
วิธีการใช้ : ขนาดเริ่มต้น ๑-๒ หยด และปรับเพิ่มขนาดช้าๆตามคำแนะนำของแพทย์

การเก็บรักษา

เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๐ องศาเซลเซียส และเก็บให้พ้นแสง

๔. THC ๑.๗% w/v อภัยภูเบศร์

รูปแบบยา : ยาน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น
ขนาดบรรจุ : ๕ ml (๑ มิลลิลิตร ประกอบด้วย THC ๑๗ มิลลิกรัม หรือ ๑ หยด ประกอบด้วย ๐.๕ mg)
สรรพคุณ :

- เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น ลดปวด ลดผลข้างเคียงต่อการใช้เคมีบำบัด รับประทานอาหารได้ หรือช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น
- บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปลายประสาทไม่ตอบสนองต่อการรักษา (intractable neuropatic pain)
- ใช้รักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานว่าใช้ได้และอยู่ในการพิจารณาของแพทย์

วิธีการใช้ : ขนาดเริ่มต้น ๑-๒ หยด และปรับเพิ่มขนาดช้าๆตามคำแนะนำของแพทย์
การเก็บรักษา
เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๐ องศาเซลเซียส และเก็บให้พ้นแสง
ข้อห้ามใช้ :

๑. กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
๒. มีประวัติแพ้สารสกัดกัญชา
๓. โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคตับ/โรคไตที่รุนแรง
๔. รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
๕. โรคจิตเภท/โรคจิตจากสารเสพติด/โรคซึมเศร้า/โรคอารมณ์สองขั้ว
๖. มีความเสี่ยงสูงในการทำร้ายตนเอง
๗. ผู้ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี เพราะมีผลต่อสมองและความจำ

รายชื่อสารสกัดน้ำมันกัญชาที่จ่ายได้โดยแพทย์แผนไทยมี ๔ รายการ ดังนี้

๑. น้ำมันกัญชาตำรับหมอพื้นบ้าน

น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)DTAM GANJA OIL (DEJA FORMULA)

ผลิตโดย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, อาจาโร เฮิร์บ
สารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าว ความเข้มข้น ๑๐% ของน้ำหนักกัญชาแห้ง
รูปแบบยา : ยาน้ำมัน
ขนาดบรรจุ ปริมาตร ๕ มิลลิลิตร/ขวด มีปริมาตร ๒๕ หยด/มิลลิลิตร
คิดเป็นปริมาณตัวยาสำคัญ
- THC/หยด = ๐.๐๘ มิลลิกรัม
- CBD/หยด = ๐.๐๒ มิลลิกรัม

สรรพคุณ : ช่วยให้นอนหลับ, ไมเกรน, โรคพาร์กินสัน
ขนาดและวิธีใช้ : หยดใต้ลิ้นเริ่มต้น ๑ หยด ปรับขนาดใช้ตามคำสั่งของแพทย์แผนไทย
ข้อห้ามใช้

๑. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชาซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ (ในผลิตภัณฑ์นี้ มีส่วนผสมของน้ำมันมะพร้าว)

๒. ห้ามใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-๙-tetrahydrocannabinol) ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ขั้นรุนแรง หรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น ยังมีอาการกำเริบบ่อย ๆ ของการปวดเค้นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันตก เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงหัวใจขาดเลือด รวมถึงห้ามใช้ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

๓. ห้ามใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-๙-tetrahydrocannabinol) เด่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรคจิต โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์ หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท

๔. ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มิได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีรายงานการศึกษา พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมถึงพบสารจากกัญชาผ่านในน้ำนมแม่ได้

คำเตือนและข้อควรระวัง

๑. ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชา

๒. อาจทำให้ง่วงซึมจึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย

๓. ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-๙-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง

๔. อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตสูง มึนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย ซึม

๕. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันเลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันเลือดสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมอง

๖. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง

๗. ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำ ควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะและควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยาลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา

๘. ควรใช้กัญชาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกับยากล่อมประสาท หรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่นๆ เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง หรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

๙. ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติด รวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา

๑๐. หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

๑๑. ควรเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

การเก็บรักษา

เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๐ องศาเซลเซียส และเก็บให้พ้นแสง

๒. ตำรับยาศุขไสยาศน์

รูปแบบยา : ยาผง, แคปซูล

สรรพคุณ : ช่วยให้นอนหลับ, เจริญอาหาร

ที่มาของตำรับยา : คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์

ขนาดและวิธีใช้ : รับประทานครั้งละ ๒ กรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน
น้ำกระสายยาที่ใช้ คือ น้ำผึ้ง ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อห้ามใช้

- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี

- ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับและยาต้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant)และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
- ยานี้อาจทำให้ง่วงซึมได้ ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

๓. ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น

รูปแบบยา : ยาผง, แคปซูล

สรรพคุณ : แก้ลมในเส้นบรรเทาอาการมือเท้าชา อ่อนแรง

ที่มาของตำรับยา : เวชศาสตร์วัณ์ณนา เล่ม ๕

ขนาดและวิธีใช้ : รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ คือ น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติกผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อนเนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี

ข้อมูลเพิ่มเติม

ลมในเส้น เป็นลมที่พัดประจำอยู่ตามเส้นต่างๆในร่างกาย เช่น ลมจันทกระลา พัดอยู่ในเส้นอิทาเมื่อลมเหล่านี้ผิดปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลมสูญทกลา พัดอยู่ในเส้นปิงคลาหรือชาตามแนวเส้นที่ลมนั้นพัดประจำหรือบริเวณใกล้เคียง เป็นต้น

(ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภาพ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า ๔๗๐)

๔. ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ

รูปแบบยา : ยาผง, แคปซูล

สรรพคุณ : แก้ลมจุกเสียด ลมปะทะอกลมตามืดหูหนัก ปวดหัวมึนตึงลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมสะดุ้งและสั่นไปทั้งตัว ลมเปลี่ยวดำลมอัมพฤกษ์อัมพาต ลมปัตฆาต

ที่มาของตำรับยา : คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม ๒

ขนาดและวิธีใช้ : รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้งก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ คือ น้ำอ้อยแดง น้ำนมโค ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงโรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก โรคกระเพาะอาหารและโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไตเนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี

ข้อมูลเพิ่มเติม

ลมเปลี่ยวดำ เป็นโรคลมชนิดหนึ่งเกิดจากการกระทบกับความเย็นมากจนเป็นตะคริวผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรงกระตุก ทำให้เจ็บปวดบริเวณที่เป็นมากมักแก้โดยการนวดจุดบริเวณตาตุ่มด้านใน หรืออาจรักษาด้วยยาสังขวิไชยหรือยาทำลายพระสุเมรุ

(ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า ๔๗๒)

๑๐. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์

แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้กัญชา

๑.๑ อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิตกกังวล คลื่นไส้อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง และการเรียนรู้ลดลง เป็นต้น

๑.๒ อาการที่พบได้น้อยแต่รุนแรง ได้แก่ ความดันต่ำ โรคจิต หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ ใจสั่น ท้องเสีย และอาเจียนรุนแรง เป็นต้น

๒.อาการแพ้ยาที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร ได้แก่ ปากบวม ตาบวม ผื่นขึ้น เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ใจสั่น หมดสติ ปวดศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะมาก อาเจียนรุนแรง มึนเมา มีอาการทางจิตและการรับรู้ผิดปกติ “แนะนำให้หยุดยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทันที ”

๑๑. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์

ตามขั้นตอนดังนี้

๑. เภสัชกรจ่ายยากัญชาแก่ผู้ป่วย

๒. เภสัชกรติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน

๓. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน

๔. เภสัชกรประเมินเพื่อยืนยันอาการว่าเป็น ADR จากการใช้ยากัญชาทางการแพทย์จริง และรายงานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕. ส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดใช้ยากัญชาทางการแพทย์ หรือพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยาต่อ หรือพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อยังสถาบันเฉพาะทางต่างๆ

๖. เภสัชกรบันทึก ADR ลงประวัติในสมุดประจำตัวการใช้กัญชา,บันทึกลงในระบบ SSB,รายงานลงในแบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา และในกรณีที่ต้องให้คำปรึกษากับผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูลลงในแบบให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

๑๒. อันตรกิริยาระหว่างยากับสารสำคัญในกัญชา

อันตรกิริยาระหว่างยา หรือที่เรียกว่า “ยาตีกัน” เป็นปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกันตั้งแต่ ๒ชนิดขึ้นไป ทำให้ระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรักษาและความปลอดภัยของการใช้ยา โดยระดับยาที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือเป็นพิษได้ ในทางกลับกัน ระดับยาที่ลดต่ำลงอาจส่งผลต่อการรักษาได้ด้วย โดยคู่ยาที่สำคัญ แสดงดังตาราง

ตารางแสดงอันตรกิริยาระหว่างยากับสารสำคัญในกัญชา

ชื่อยา	ผลที่เกิดขึ้น	การจัดการ
๑. CYP๓A๔ Substrate ๑.๑ Benzodiazepines ๑.๒ Cyclosporin ๑.๓ Cilostazol	- ฤทธิ์และพิษของยาที่เป็น CYP๓A๔Substrate เพิ่มขึ้น	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน - ลดขนาดยา CYP๓A๔Substrate

ชื่อยา	ผลที่เกิดขึ้น	การจัดการ
๑.๔ Dihydropyridines : Amlodipine, Felodipine, Manidipine, Nicardipine, Nifedipine, Nimodipine ๑.๕ Esciltalopram ๑.๖ Fluoroquinolones ๑.๗ Haloperidol ๑.๘ Macrolides : Clarithromycin, Erythromycin ๑.๙ NOACs : Apixaban, Rivaroxaban ๑.๑๐ Opioids : Morphine, Tramadol ๑.๑๑ Propranolol ๑.๑๒ Sildenafil ๑.๑๓ Statins ๑.๑๔ Zolpidem		- ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และพิษของ CYP๓A๔ Substrate
๒. CYP๓A๔ Inhibitors ๒.๑ Azoles: Ketoconazole*, Fluconazole, Itraconazole* ๒.๒ Protease Inhibitors: Lopinavir, Ritonavir* ๒.๓ Macrolides: Clarithromycin*, Erythromycin*	- ฤทธิ์ของยากัญชาเพิ่มขึ้น - เพิ่มความเสี่ยงเกิด ADR จากกัญชา	ลดขนาดยากัญชา
๓. CYP๓A๔ Inducers ๓.๑ Anticonvulsant: Phenytoin*, Carbamazepine, Phenobarbital ๓.๒ Efavirenz ๓.๓ Pioglitazone ๓.๔ Rifampicin	- ฤทธิ์ของยากัญชาลดลง เนื่องจากระดับของ THC และ CBD ในเลือดลดลง	เพิ่มขนาดยากัญชา
๔. CYP๒B๖ Substrate ๔.๑ Sertraline	- ระดับของยา Sertraline ในเลือดสูงขึ้นจนอาจเกิดอาการข้างเคียงได้	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน - ลดขนาดยา Sertraline - ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และพิษของยา Sertraline
๕. CYP๒C๘/๙ Substrate ๕.๑ Anticonvulsants : Phenytoin, Phenobarbital ๕.๒ ARB : Losartan, Valsartan ๕.๓ Montelukast	- ฤทธิ์และพิษของยาที่เป็น CYP๒C๘/๙ Substrate เพิ่มขึ้น	- ควรหลีกเลี้ยงการใช้ร่วมกัน - ลดขนาดยาCYP๒C๘/๙ Substrate

ชื่อยา	ผลที่เกิดขึ้น	การจัดการ
๕.๔ NSAIDs : Celecoxib, Naproxen ๕.๕ Sulfonylureas ๕.๖ Warfarin		- ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และพิษของ CYP๒C๘/๙ Substrate
๖. CYP๒C๑๙ Substrate ๖.๑ Anticonvulsants : Diazepam, Phenobarbital, Phenytoin ๖.๒ Cilostazol ๖.๓ Clopidogrel ๖.๔ Proton Pump Inhibitors : Omeprazole, Pantoprazole ๖.๕ Warfarin*	- ฤทธิ์และพิษของยาที่เป็น CYP๒C๑๙ Substrate เพิ่มขึ้น	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน - ลดขนาดยาCYP๒C๑๙ Substrate - ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และพิษของ CYP๒C๑๙ Substrate
๗. CYP๒C๑๙ Inhibitors ๗.๑ Azoles: Ketoconazole*, Fluconazole ๗.๒ Clopidogrel ๗.๓ Fluoxetine* ๗.๔ Proton Pump Inhibitors	ฤทธิ์ของยากัญชาเพิ่มขึ้น, เพิ่มความเสี่ยงต่อ ADR จากยากัญชา	- ลดขนาดยากัญชา
๘. CYP๒C๑๙ Inducers ๘.๑ Anticonvulsants : Phenytoin, Carbamazepine, Phenobarbital ๘.๒ Rifampicin	ฤทธิ์ของยากัญชาลดลงเนื่องจากระดับของ THC และ CBD ในเลือดลดลง	- เพิ่มขนาดยากัญชา
๙. Antihistamines, Antidepressants	- ระบบประสาทส่วนกลางถูกกด	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน

หมายเหตุ * : Strong Enzyme Inhibitor / Strong Enzyme Inducer

๑๓. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

ข้อกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒

๒. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๑๙ ก มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

๓. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๒

๔. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. ๒๕๖๒

๕. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๒

๖. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศลงในพระราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๙๐ ง ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

๗. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๑๔. ภาคผนวก (Appendix)

แบบบันทึกที่ใช้ในการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์

ในการให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ จะมีการใช้แบบบันทึกและแบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อเป็นการรวบรวมและประเมินผู้ป่วยให้ครบถ้วน ดังนี้

๑. แบบคัดกรองคลินิกเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

๒. แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา

๓. แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

๔. แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

๕. แบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา

๖. แบบ ยส.๕

๗. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-๕D-๕L)

๘. สมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์

แสดงดังข้างท้ายนี้

๑. แบบคัดกรองคลินิกเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

รพ.พระนั่งเกล้า นนทบุรี

(A1) แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

1.1 ชื่อ-สกุล...เบอร์โทรติดต่อ...

1.2 เลขบัตรประชาชน 13 หลัก ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

1.3 เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

1.4 อายุ .... ปี (เศษของอายุเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

1.5 สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่
☐ 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

1.6 การศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ☐ 4. ปวส./ อนุปริญญา
☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

1.7 อาชีพหลักในปัจจุบัน
☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. นักเรียน/ นักศึกษา
☐ 3. กรรมกร/ งานรับจ้างทั่วไป ☐ 4. ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย
☐ 5. พนักงานบริษัท
☐ 6. ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ 7. เกษตรกร (เช่น ทำนา/ ทำสวน/ ทำไร่/ การประมง)
☐ 8. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..

1.8 รายได้/ เดือน บาท
☐ 1. ≤ 10,000 บาท ☐ 2. 10,001-20,000 บาท
☐ 3. 20,001-30,000 บาท ☐ 4. 30,001-40,000 บาท
☐ 5. 40,001-50,000 บาท ☐ 4. มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป

1.9 ประวัติแพ้ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..

1.10 โรคประจำตัว...

1.11 ยาที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (เฉพาะโรคประจำตัว) ....
....
....

ตอนที่ 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาในการรักษาโรค/ ภาวะของโรค
☐ 2. เพื่อน/ บุคคลที่รู้จักใช้แล้วได้ผลดี
☐ 3. รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล
☐ 4. ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาของผู้ป่วยที่ยังไม่มีความรู้เพียงพอ
☐ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..

ตอนที่ 3 การคัดกรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้สารสกัดกัญชา

3.1 โรค/ ภาวะของโรคที่สารสกัดกัญชาได้ประโยชน์

☐ 1. ภาวะคลื่นไส้/ อาเจียนจากยาเคมีบำบัด
☐ 2. โรคลมชักที่รักษายากและโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา
☐ 3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง
☐ 4. ภาวะปวดประสาทจากระบบประสาทส่วนกลางที่ดื้อต่อยารักษา

3.2 โรค/ ภาวะของโรคที่สารสกัดกัญชาอาจได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ

☐ 1. พาร์กินสัน
☐ 2. อัลไซเมอร์
☐ 3. ปลอกประสาทอักเสบ
☐ 4. มะเร็งระยะท้าย/ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง
☐ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..

3.3 ข้อห้ามใช้สารสกัดกัญชา

1. มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชาซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่น ๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. มีอาการรุนแรงของ unstable cardio pulmonary disease ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. มีครรภ์/ ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. ไม่มีประวัติตนเองเป็นโรคทางจิตเวช โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   โดยประเมินจากประวัติผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น ดังนี้
   4.1 โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคจิต (psychosis) ชนิดอื่น ๆ
   4.2 โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ/ หรือโรคซึมเศร้า (depressive disorder)
   4.3 มีความคิดหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal idea or suicidal attempt)

3.4 ข้อควรระวังในการใช้สารสกัดกัญชา

1. อายุน้อยกว่า 25 ปี กรณีใช้สารสกัดกัญชาที่มี THC เป็นส่วนประกอบ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

*2. ใช้ยาอื่น ๆ ที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์
   2.1 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น warfarin, rivaroxaban, apixaban) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.2 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (เช่น clopidogrel, cilostazol) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.3 ยากันชัก (เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, perampanel) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.4 ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ (เช่น propranolol, metoprolol, bisoprolol) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.5 ยากลุ่ม fluoroquinolones (เช่น norfloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.6 ยากลุ่ม dihydropyridine (เช่น amlodipine, nifedipine) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.7 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม SSRI (เช่น fluoxetine) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.8 ยาออกฤทธิ์กดประสาท (เช่น opioids, benzodiazepines, phenobarbital, zolpidem) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   2.9 ยาที่ถูก metabolized โดย CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 ในปริมาณมาก (เช่น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   midazolam, diazepam, flunarizine, sulfonylureas, immunosuppressants, ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   anti HIV, ergotamine ฯลฯ)

หมายเหตุ - หากมีการใช้ยาในข้อ 2.1-2.4 ให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- หากมีการใช้ยาในข้อ 2.5-2.9 ให้ปรึกษาเภสัชกร

3.5 เกณฑ์คัดเข้ารักษาด้วยสารสกัดกัญชา

1. ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานมาแล้วไม่ได้ผล ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ปัจจุบันไม่มีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ และโรคไต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท และอาการทางจิตชนิดซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   โดยประเมินจากญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท หรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วย
4. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดสารเสพติด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   โดยประเมินจากประวัติหรือขณะนี้มีเสพสารเสพติด ดังนี้
   4.1 ☐ ไม่มี ☐ มี: บุหรี่ (นิโคติน)
   วิธีการใช้....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้........................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................
   4.2 ☐ ไม่มี ☐ มี: ยาบ้า
   วิธีการใช้....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้........................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................
   4.3 ☐ ไม่มี ☐ มี: เฮโรอีน
   วิธีการใช้....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้........................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................
   4.4 ☐ ไม่มี ☐ มี : กระท่อม
   วิธีการใช้....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้........................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................
   4.6 ☐ ไม่มี ☐ มี: สารเสพติดอื่นๆ ระบุ..
   วิธีการใช้....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้........................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................
5. ไม่มีภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
   5.1 ☐ ไม่มี ☐ มี: มีประวัติหรือขณะนี้ดื่มแอลกอฮอล์
   วิธีการใช้.....................ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้.......................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.........................
   ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย..................................

หมายเหตุ กรณีสงสัยว่ามีการติดสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งให้ทำแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V.2

3.6 ประวัติการใช้กัญชา

1. เคยใช้กัญชา ☐ ไม่เคย ☐ เคย
2. เหตุผลของการใช้กัญชา ☐ 1. เพื่อสันทนาการ ☐ 2. เพื่อการรักษาโรค ระบุ ....
   ☐ 3. อื่นๆ ระบุ ....
3. วัน เวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย วัน/เดือน/ปี.. เวลา .... น.
4. เคยได้รับผลข้างเคียงจากกัญชา ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..
5. รูปแบบของกัญชาที่ใช้
   ☐ กัญชาสด
   ☐ กัญชาแห้ง
   ☐ ผลิตภัณฑ์กัญชา ระบุ ....
   แหล่งที่ได้ของผลิตภัณฑ์กัญชา ....

3.7 สรุปผลการคัดกรองและให้คำแนะนำ

☐ 1. ผ่าน (ให้ทำแบบรายงานผลและติดตามการให้บริการกัญชาทางการแพทย์)

(ผ่าน หมายถึง: **<u>ข้อ 3.3 ตอบไม่ใช่ทุกข้อ และข้อ 3.5 ตอบใช่ทุกข้อ</u>**)

หมายเหตุ หากมีการใช้ยาในข้อ 2.1-2.4 ให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

☐ 2. ไม่ผ่าน

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแล้วตามแนวทาง micro counseling ดังนี้

☐ 1. ความเสี่ยงและประโยชน์ของผลิตภัณฑ์กัญชา

☐ 2. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

☐ 3. ข้อบ่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

☐ 4. ข้อห้ามและข้อควรระวังการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเบื้องต้นในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.. (ผู้รับบริการ)

(...)

วันที่..........เดือน.................พ.ศ..............

ลงชื่อ.. (เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา)

(...)

วันที่..........เดือน.................พ.ศ..............

๒. แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา

รพ.พระนั่งเกล้า นนทบุรี

แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา
ในการรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (SAS)

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้อธิบายและให้ข้อมูลต่าง ๆ ดังต่อไปนี้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง) และแสดงความยินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคหรือภาวะของผู้ป่วย โดยได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานร่วมกันในเอกสารฉบับนี้

หมายเหตุ: ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมไม่สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นรับผิดชอบในการดำเนินการเกี่ยวกับการแสดงความยินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคหรือภาวะของผู้ป่วย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ เพื่อแสดงว่าได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้จากแพทย์ผู้ให้การรักษา

1. การอนุญาตและสถานะการรับรองผลิตภัณฑ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

☐ ผลิตภัณฑ์กัญชานี้ยังไม่ได้รับการรับรองด้านคุณภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับจำหน่ายในท้องตลาด ดังนั้น ผลิตภัณฑ์กัญชานี้จึงอาจมีปริมาณสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ในปริมาณที่แตกต่างกันไปในแต่ละรุ่นการผลิต อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายนี้มีผลการทดสอบจากห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง หรือสารเจือปนอื่นเกินมาตรฐานที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค

2. การใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา อาจทำให้เกิดการเสพติดได้

☐ มีข้อมูลและรายงานการศึกษาระบุชัดเจนว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์อาจทำให้เกิดการทนต่อยา (tolerance) กล่าวคือ เกิดการชินกับยาต่อการใช้ซ้ำทำให้ต้องเพิ่มปริมาณหรือปรับขนาดการใช้ให้สูงขึ้นเพื่อให้ได้ประสิทธิผลตามที่มุ่งหวัง หรืออาจทำให้เกิดการพึ่งพายาหรือเสพติดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

☐ หากข้าพเจ้ามีความรู้สึกหรือความคิดที่ต้องการเพิ่มขนาดยาหรือมีความต้องการใช้กัญชาในปริมาณและความถี่ที่สูงขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ เพื่อประเมิน ปรับขนาดการใช้ หรือวางแผนการรักษาต่อไป

3. คำเตือน ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

☐ คำเตือนและข้อควรระวังการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา มีดังนี้

(1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชาและสารประกอบอื่นในผลิตภัณฑ์กัญชา

(2) หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มิได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์

(3) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง

(4) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นลม หมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง

(5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง

(6) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูง ในผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรคจิต โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท

(7) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยาลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา

(8) หากท่านได้รับการรักษาด้วยยากล่อมประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ ต้องแจ้งแพทย์ และหากต้องใช้ร่วมกับกัญชาต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

(9) ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติด รวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา

(10) หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

(11) อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย

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

☐ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ หากเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวข้างต้น

☐ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ หากข้าพเจ้าเกิดอาการซึมเศร้าหรืออาการทางจิตเวช มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลงไปผิดปกติจากเดิม มีอาการเหนื่อยล้าอย่างมาก มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวมากขึ้น หรือเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัวและ/ หรือเพื่อน

4. ความเสี่ยง ประโยชน์และอันตรกิริยาระหว่างยาของกัญชา

☐ มีข้อมูลว่ายาจำนวนมากมีการเกิดอันตรกิริยา (drug interaction) กับกัญชา ยารักษาโรคหลายตัวเมื่อผสมกันสามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

*เมื่อใช้ร่วมกับยาเหล่านี้จะเพิ่มฤทธิ์หรือความเป็นพิษของยาดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เช่น morphine codeine oxymorphone 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 ritronavir lopinavir ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น erythromycin, clarithromycin ยาฆ่าเชื้อรา เช่น ketoconazole, fluconazole, itraconazole และอื่น ๆ เช่น diltiazem, verapamil

☐ ข้าพเจ้ารับทราบว่ากัญชาทำให้เกิดการเสพติดทางร่างกายและจิตใจ หากข้าพเจ้ามีอาการซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สับสนกระวนกระวาย ไม่อยากอาหาร มีปัญหาด้านสมาธิ การนอนหลับผิดปกติ และมีอาการเหนื่อยล้าผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการที่อาจเกิดจากการถอนยา ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ

☐ ข้าพเจ้ารับทราบว่าการได้รับกัญชาเกินขนาดจะมีอาการดังต่อไปนี้ เวียนศีรษะ เห็นภาพหลอน ความผิดปกติของความคิด ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างสนิทใจในเรื่องที่ไม่เป็นความจริง หวาดระแวง หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ หากข้าพเจ้าเกิดอาการดังกล่าวจะแจ้งแพทย์ทันทีหรือไปที่ห้องฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุด

5. ข้อมูลของโรคและภาวะของผู้ป่วยและทางเลือกในการรักษา

☐ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการดำเนินของโรค รวมถึงผลที่กำลังจะเกิดขึ้น และทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษา โอกาสในการฟื้นตัว การพยากรณ์โรคระยะยาว

☐ ข้าพเจ้าได้รับทราบประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการรักษาด้วยยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว และทราบว่ามีโอกาสจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการรักษา รวมถึงคำแนะนำด้านการรักษาและการใช้กัญชา

☐ ข้าพเจ้าได้มีโอกาสอภิปรายกับแพทย์ในสาระสำคัญเหล่านี้และสอบถามทุกเรื่องที่ไม่เข้าใจหรือไม่กระจ่างจากแพทย์ผู้ให้การรักษา และแพทย์ได้ให้ข้อมูลข้าพเจ้าถึงแผนการรักษา รวมคำแนะนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์

☐ ข้าพเจ้ายินยอมในการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ในการรักษาโรคของข้าพเจ้า

☐ ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วยหรือเวชระเบียนต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ๆ รวมถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา หรือเพื่อประโยชน์ของเจ้าของข้อมูล

ข้าพเจ้า..ได้รับทราบข้อมูลจาก ....
(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย) (ชื่อ-นามสกุล แพทย์)
ผู้ให้การรักษาข้าพเจ้า เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่อยู่ในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับนี้แล้ว

.... (ลายมือชื่อผู้ป่วยหรือลายมือชื่อผู้ดูแลตามกฎหมาย)
ลงวันที่...

ข้าพเจ้าได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่อยู่ในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับนี้แก่ผู้ป่วยแล้ว

.... (ลายมือชื่อแพทย์ผู้ได้รับการรับรอง)
ลงวันที่...

๓. แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

1.1ชื่อ-สกุล..เบอร์โทรติดต่อ...

1.2เลขบัตรประชาชน 13 หลัก ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

1.3เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง

1.4อายุ .... ปี (เศษของอายุเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

1.5สถานภาพสมรส ☐ 1.โสด ☐ 2.คู่ ☐ 3.หม้าย/หย่า/แยก

1.6การศึกษาสูงสุด ☐ 1.ประถมศึกษา ☐ 2.มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ☐ 4.ปวส/อนุปริญญา
☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6.สูงกว่าปริญญาตรี

1.7อาชีพหลักในปัจจุบัน ☐ 1.ไม่ได้ทำงาน ☐ 2.นักเรียน/นักศึกษา
☐ 3.กรรมกร/งานรับจ้างทั่วไป ☐ 4.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
☐ 5.พนักงานบริษัท ☐ 6.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 7.เกษตรกร (เช่น ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/การประมง) ☐ 8.อื่นๆ (โปรดระบุ) ....

1.8รายได้/เดือน บาท ☐ 1. <10,000 บาท ☐ 2. 10,001-20,000 บาท
☐ 3. 20,001-30,000 บาท ☐ 4. 30,001-40,000 บาท
☐ 4. 40,001-50,000 บาท ☐ 5. >50,000 บาท ขึ้นไป

1.9ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ...

1.10โรคประจำตัว...

1.11ยาที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (เฉพาะโรคประจำตัว)...

....

....

ตอนที่ 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1.ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ของการใช้สารสกัดกัญชาในการรักษาโรค/ภาวะของโรค

☐ 2.เพื่อน/คนรู้จักใช้แล้วได้ผลดี

☐ 3.รักษาด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล

☐ 4.ความต้องการใช้สารสกัดกัญชาของผู้ป่วยที่ยังไม่มีความรู้เพียงพอ

☐ 5.อื่นๆ (โปรดระบุ)..

ตอนที่ 3 การคัดกรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

3.1โรค/ภาวะของโรคที่ตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมอยู่ได้ประโยชน์

☐ 1.ภาวะคลื่นไส้/อาเจียนจากยาเคมีบำบัด

☐ 2.ภาวะนอนไม่หลับ

☐ 3.ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน

☐ 4.ภาวะปวดเมื่อยจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

3.2โรค/ภาวะของโรคที่ตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมอยู่อาจได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ

☐ 1.พาร์กินสัน

☐ 2.อัลไซเมอร์

☐ 3.ปลอกประสาทอักเสบ

☐ 4.มะเร็งระยะท้าย/ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

☐ 5.อื่นๆ (โปรดระบุ)..

3.3ข้อห้ามใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

1.มีประวัติแพ้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2.มีอาการรุนแรงของ unstable cardio-pulmonary disease	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.มีครรภ์/ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

โดยประเมินจากประวัติผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น ดังนี้

4.1โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคจิต (psychosis) ชนิดอื่นๆ

4.2โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ/หรือโรคซึมเศร้า (depressive disorder)

4.3มีความคิดหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal idea or suicidal attemp)

3.4ข้อควรระวังในการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

1.อายุน้อยกว่า 25 ปี กรณีใช้ตำรับยาแผนไทยที่กัญชาเป็นส่วนประกอบ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

*2.ใช้ยาอื่นๆ ที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่/ผลิตภัณฑ์กัญชา

2.1ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น warfarin, rivaroxaban, apixaban) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.2ยาต้านการเกาะกลุ่มของเลือด (เช่น clopidogrel, cilostazol) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.3ยากันชัก (เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, perampanel) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.4ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ (เช่น propranolol, metoprolol, bisoprolol) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.5ยากลุ่ม fluoroquinolones (เช่น norfloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.6ยากลุ่ม dihydropyridine (เช่น amlodipine, nifedipine) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.7ยารักษาโรคซึมเศร้า กลุ่ม SSRI (เช่น fluoxetine) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.8ยาออกฤทธิ์กดประสาท (เช่น opioids, benzodiazepines, phenobarbital, zolpidem)☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.9ยาที่ถูก metabolized โดย CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 ในปริมาณมาก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(เช่น midazolam, diazepam, flunarizine, sulfonylureas, immunosuppressants, anti HIV, ergotamineฯลฯ)

หมายเหตุ - หากมีการใช้ยาในข้อ 2.1-2.4 ให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

- หากมีการใช้ยาในข้อ 2.5-2.9 ให้ปรึกษาเภสัชกร

3.5เกณฑ์การคัดเข้ารักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

1.ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานมาแล้วไม่ได้ผล ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.ปัจจุบันไม่มีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ โรคไต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3.ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท และอาการทางจิตชนิดซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โดยประเมินจากญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท หรือโรคจิตชนิดอื่นๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วย

4.ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสารเสพติด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4.1☐ ไม่มี ☐ มี : บุหรี่ (นิโคติน)

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

4.2☐ ไม่มี ☐ มี : ยาบ้า

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

4.3☐ ไม่มี ☐ มี : เฮโรอีน

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

4.4☐ ไม่มี ☐ มี : กระท่อม

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

4.5☐ ไม่มี ☐ มี : สารเสพติดอื่นๆ ระบุ...

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย..ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

5.ไม่มีภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5.1☐ ไม่มี ☐ มี : ประวัติหรือขณะนี้ดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการใช้............ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้....................................ปริมาณที่ใช้ต่อวัน.......................

ว/ด/ป ที่ใช้ครั้งสุดท้าย...ปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย........................

หมายเหตุ กรณีสงสัยว่ามีการติดสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งให้ทำแบบคัดกรอง บคก.กสธ.V.2

3.6ประวัติการใช้กัญชา

1.การใช้กัญชา ☐ ไม่เคย ☐ เคย

2.เหตุผลของการใช้กัญชา ☐ 1.เพื่อสันทนาการ ☐ 2.เพื่อการรักษาโรค ระบุ..............................

☐ 3.อื่นๆ ระบุ...

3.วัน เวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย วัน/เดือน/ปี...เวลา............................น.

4.เคยได้รับผลข้างเคียงจากกัญชา ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ...

5.รูปแบบของกัญชาที่ใช้ ☐ กัญชาสด ☐ กัญชาแห้ง

☐ ผลิตภัณฑ์กัญชา ระบุ..

แหล่งที่ได้ของผลิตภัณฑ์กัญชา..

3.7สรุปผลการคัดกรองและให้คำแนะนำ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

☐ 1.ผ่าน (ให้ทำแบบรายงานผลและติดตามการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทย)

(ผ่าน หมายถึง : **ข้อ 3.3 ตอบไม่ใช่ทุกข้อ และข้อ 3.5 ตอบใช่ทุกข้อ**)

หมายเหตุ หากมีการใช้ยาในข้อ 2.1-2.4 ให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

☐ ไม่ผ่าน

ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแล้วตามแนวทาง micro counseling ดังนี้

☐ 1.ความเสี่ยงและประโยชน์ของตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

☐ 2.ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

☐ 3.ข้อบ่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

☐ 4.ข้อห้ามและข้อควรระวังการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..(ผู้รับบริการ)

(..)

วันที่.......เดือน......................พ.ศ..........

ลงชื่อ..(เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา)

(..)

วันที่.......เดือน......................พ.ศ..........

หนังสือแสดงเจตนายินยอมรับการรักษาด้วยกัญชา (Cannabis) ในคลินิกการแพทย์แผนไทย

Consent Form)

วันที่.........เดือน...........................พ.ศ..........

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

☐ นาย/นาง/นางสาว...อายุ............ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม)

เกี่ยวข้องเป็น.............................ของผู้ป่วยชื่อ..

เนื่องจาก ☐ อายุต่ำกว่า 18 ปี ☐ อื่นๆ ระบุ...

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..

ยินยอมให้แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำการรักษาโดยใช้กัญชา ซึ่งข้าพเจ้ายอมรับผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษานั้น ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและการอธิบายจาก แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ และทีมสุขภาพ ให้ทราบคือ

1. **การอนุญาตและสถานการณ์รับรองผลิตภัณฑ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**

   ผลิตภัณฑ์กัญชานี้ยังไม่ได้รับการรับรองด้านคุณภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับจำหน่ายในท้องตลาด อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายนี้มีผลการทดสอบจากห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง หรือสารเจือปนอื่นเกินมาตรฐานที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค

2. **การใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา อาจทำให้เกิดการเสพติดได้**

   หากข้าพเจ้ามีความรู้สึกหรือความคิดที่ต้องการเพิ่มขนาดยาหรือมีความต้องการใช้กัญชาในปริมาณและความถี่ที่สูงขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ เพื่อประเมิน ปรับขนาดการใช้ หรือวางแผนการรักษาต่อไป

3. **คำเตือน ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา**

   (1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชาและสารประกอบอื่นในผลิตภัณฑ์กัญชา

   (2) หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มิได้คุมกำเนิด/วางแผนจะตั้งครรภ์

   (3) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง

   (4) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นลม หมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง

   (5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวช

   (6) หากท่านได้รับการรักษาด้วยยากล่อมประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น 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 (dizzincss) 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**

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

5. **ข้อมูลของโรคและภาวะของผู้ป่วยและทางเลือกในการรักษา**

(1) ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการดำเนินของโรค รวมถึงผลที่กำลังจะเกิดขึ้น และทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษา โอกาสในการฟื้นตัว การพยากรณ์โรคระยะยาว

(2) ข้าพเจ้าได้รับทราบประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการรักษาด้วยยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว และทราบว่ามีโอกาสจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการรักษา รวมถึงคำแนะนำด้านการรักษาและการใช้กัญชา

(3) ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจกับแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ในสาระสำคัญเหล่านี้

ลงชื่อ..ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(..) ☐ ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม มาคนเดียว

ลงชื่อ..พยานผู้ป่วย
(..)

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

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แบบประเมินก่อนสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา

เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช

ชื่อ-สกุล	**อายุ (ปี)**	**เพศ ชาย หญิง**
เลขบัตรประชาชน	HN	

1.การสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา

ชนิดตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา..ขนาด....................................

ปริมาณที่คาดว่าจะให้ต่อวัน...ระยะเวลาที่คาดว่าจะให้.................................วัน

วินิจฉัยโรคหลัก...เหตุผลในการสั่งจ่าย..

ประวัติเคยได้รับตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชามาก่อน (รายละเอียด)...

2.ประวัติผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น

ขณะนี้ผู้ป่วยและ/หรือมีอาการของความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้ (อยู่ระหว่างรักษาหรือไม่รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน)

มี ไม่มี โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคจิต (psychosis) ชนิดอื่นๆ(F20-29)

มี ไม่มี โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ/หรือโรคซึมเศร้า (depressive disorder)

มี ไม่มี มีความคิดหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal idea or suicidal attemp)

3.ประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการป่วยทางจิตจากการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

มี ไม่มี อายุน้อยกว่า 25 ปี เสี่ยงต่อพัฒนาการของสมอง

มี ไม่มี ญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท หรือโรคจิตชนิดอื่นๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วย

มี ไม่มี สตรีที่กำลังตั้งหรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ หรืออยู่ระหว่างให้นมบุตร เพราะเสี่ยงต่อพัฒนาการของสมอง

มี ไม่มี มีประวัติเคบเจ็บป่วยด้วยความผิดปกติทางจิตเวช (รายละเอียดตามข้อ 2) เพราะอาจทำให้ป่วยซ้ำ

มี ไม่มี มีประวัติหรือขณะนี้มีปัญหาความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด (สุรา นิโคติน กัญชา หรือสารเสพติดอื่นๆ F10.0-10.9)

4.ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต่อไปนี้ เนื่องจาก drug interaction กับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชาได้

มี ไม่มี ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น warfarin, rivaroxaban, apixaban)

มี ไม่มี ยาต้านการเกาะกลุ่มของเลือด (เช่น clopidogrel, cilostazol)

มี ไม่มี ยากันชัก (เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, perampanel)

มี ไม่มี ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ (เช่น propranolol, metoprolol, bisoprolol)

มี ไม่มี ยากลุ่ม fluoroquinolones (เช่น norfloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin)

มี ไม่มี ยากลุ่ม dihydropyridine (เช่น amlodipine, nifedipine)

มี ไม่มี ยารักษาโรคซึมเศร้า กลุ่ม 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)

แบบประเมินก่อนสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา

เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช (ต่อ)

5.ประวัติโรคประจำตัวที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา		
มี	ไม่มี	มีประวัติเป็นโรคตับ หรือโรคไต
มี	ไม่มี	มีประวัติโรคหัวใจ (เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว)
6.สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังอื่นๆ		
สำหรับแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่สั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ หรือผลิตภัณฑ์กัญชา ท่านได้ซักประวัติข้างต้นอย่างครบถ้วนแล้ว และหากพบว่า “มี” ประวัติหนึ่งในข้อใดข้างต้น ท่านได้พิจารณาถึงความเหมาะสมว่ามีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และได้อธิบายความเสี่ยงและการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วย และ/หรือญาติให้ทราบเข้าใจในทุกแง่มุมแล้ว		

ลงชื่อ..(ผู้ป่วย)

(...)

วันที่.......เดือน.....................พ.ศ..........

ลงชื่อ..(แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้สั่งจ่าย)

(...)

วันที่.......เดือน.....................พ.ศ..........

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.พระนั่งเกล้า

ชื่อ-นามสกุล..HN..วันที่.............................

แแบบฟอร์มประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แบบ ESAS ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด — มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย — มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ — มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า — มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล — วิตกกังวลมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ — มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร — เบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ — ไม่สบายกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ — มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ — (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

๔. แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

ภาคผนวก 6

แบบให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

ชื่อ – สกุล .... **HN** .... **AN** .... **เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง **อายุ** .... ปี

เบอร์โทร..

หัวข้อที่ต้องการปรึกษา ☐ ผลิตภัณฑ์กัญชา ☐ ข้อบ่งใช้ ☐ 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 ☐ เคยแพ้สารสกัดจากกัญชา ☐ 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 ....)

☐ ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นๆ ยี่ห้อ.......................... (โปรดระบุที่มา ☐ ซื้อผ่านอินเทอร์เน็ต ☐ วัด ☐ อื่นๆ ....)

☐ ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับการรับรองจาก FDA ของต่างประเทศแล้ว (Approved products) ยี่ห้อ..........................

รูปลักษณ์/รูปแบบเภสัชภัณฑ์ (Dosage forms)	วิธีใช้
☐ กัญชาสกัดน้ำมัน (น้ำมันกัญชา) (Oil extraction)	☐ หยดใต้ลิ้น (Sublingual)
☐ ยาแคปซูล/เม็ด (Capsules/pills)	☐ รับประทาน (Oral)
☐ ยาน้ำ (Solution)	☐ สเปรย์เข้าปาก (Spray to oral mucosa)
☐ ผง (Powder/granule)	☐ สูดดมไอระเหย (Vaping/ใช้การสูบเหมือนบุหรี่ไฟฟ้า)
☐ ยาฉีด (Solution for intravenous)	☐ สูบ (Smoking/ใช้การสูบเหมือนบุหรี่ มีการเผาไหม้)
☐ อื่นๆ โปรดระบุ	☐ สูดเข้าปากแบบอื่นๆ (Inhalation)
	☐ แผ่นแปะผิวหนัง (Topical/transdermal patch)
	☐ ยาสอด (Suppositories)
	☐ ฉีด (Intravenous)

ลงชื่อ .... **เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา** วันที่ ....

๕. แบบติดตามผู้ป่วยที่ใช้/สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์กัญชา

รพ.พระนั่งเกล้า นนทบุรี

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 (คุมอาการไม่ได้) ☐ 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
แรกรับ				
ล่าสุด				
Laboratory				
เวลา	Base			
ALT				
AST				
ALP				
TB, DB				
SCr				
eGFR				

System specific ADR

☐ CNS (☐ hallucination ☐ visual disturbance ☐ dizziness ☐ อื่นๆ ระบุ ....)
☐ GI (☐N ☐ V ☐ N & V ☐ Hepatitis ☐ อื่นๆ ระบุ ....)
☐ CV (☐ Palpitation/tachycardia ☐ Hypotension ☐ Hypertension ☐ อื่นๆ.....................)
☐ Respiratory (☐ Decreased RR ☐ อื่นๆ โปรดระบุ ....)
☐ Others ระบุ ....

WHO criteria : ☐ Certain
☐ Probable
☐ Possible (☐ สงสัยสาเหตุจากยาร่วม ☐ สงสัยสาเหตุจากโรคร่วม)
☐ Unlikely

ลงชื่อเภสัชกร .... **ผู้ประเมิน วันที่** ....

๖. แบบ ย.ส.๕

แบบ ย.ส.5 **ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 : กัญชาทางการแพทย์** (เริ่มใช้ 16 ธ.ค.62)

ส่วนที่ 1 สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้าพเจ้า นพ./พญ./ทตพ./พท./พทป. ....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่..................................

ที่อยู่ รพ.พระนั่งเกล้า เลขที่ 91 ถ.นนทบุรี ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 02-5284567

ได้สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วย ☐OPD ☐IPD ชื่อ..HN....................AN................ อยู่เลขที่............หมู่ที่........

ตรอก/ซอย....................................ถนน................................ตำบล/แขวง............................ อำเภอ/เขต.................... จังหวัด....................

รายการตำรับยาแผนปัจจุบันที่สั่งจ่าย	จำนวน	รายการตำรับยาแผนไทยที่สั่งจ่าย	จำนวน
1. GPO THC Cannabis oils		1. ตำรับยาศุขไสยาศน์	
2. GPO CBD Cannabis oils		2. ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ	
3. GPO THC : CBD (1:1) Cannabis oils		3. ตำรับแก้ลมแก้เส้น	
4. ยาน้ำมันกัญชา สูตร THC 1.7% (อภัยภูเบศร)			
ว/ด/ป ที่สั่ง....................... ลงชื่อ.........................ผู้ออกใบสั่ง		ว/ด/ป ที่สั่ง....................... ลงชื่อ.........................ผู้ออกใบสั่ง	

ส่วนที่ 2 สำหรับเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์

1) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 4) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 7) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย..........

2) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 5) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 8) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย..........

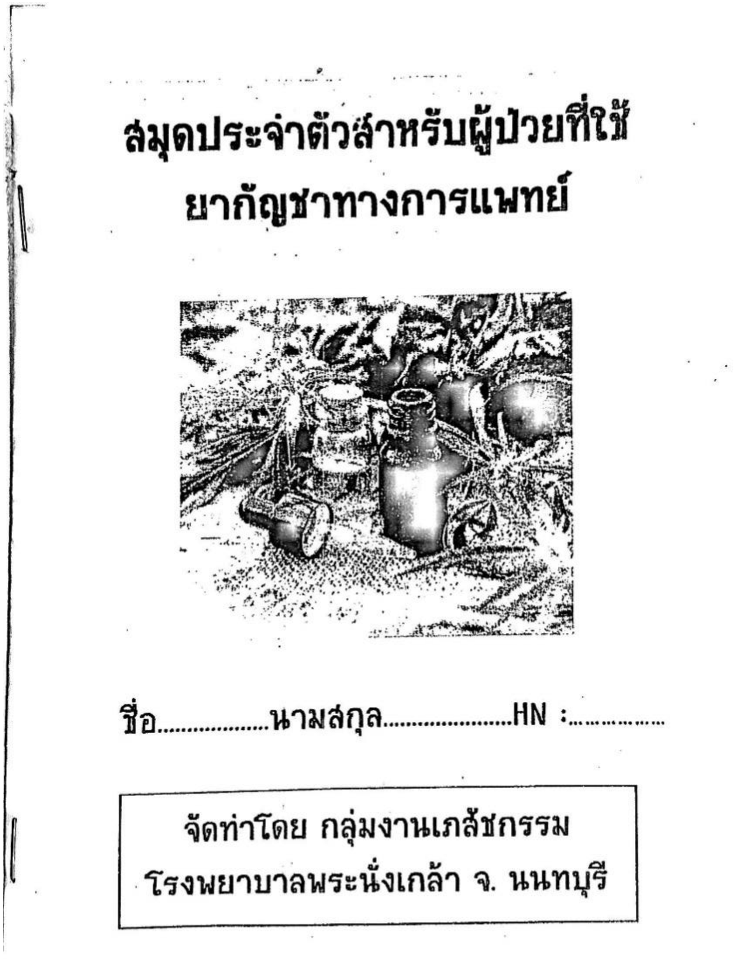
3) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 6) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย.......... 9) ว/ด/ป............ จำนวน............ ผู้จ่าย..........

สรุปรวมจ่ายจำนวน....................................

๗. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L				
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	○ ไม่มีปัญหา	○ มีปัญหาเล็กน้อย	○ มีปัญหาปานกลาง	○ มีปัญหามากที่สุด
การดูแลตนเอง	○ ไม่มีปัญหา	○ มีปัญหาเล็กน้อย	○ มีปัญหาปานกลาง	○ มีปัญหามากที่สุด
การทำกิจวัตรประจำวัน	○ ไม่มีปัญหา	○ มีปัญหาเล็กน้อย	○ มีปัญหาปานกลาง	○ มีปัญหามากที่สุด
ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว	○ ไม่มีปัญหา	○ มีปัญหาเล็กน้อย	○ มีปัญหาปานกลาง	○ มีปัญหามากที่สุด
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	○ ไม่มีปัญหา	○ มีปัญหาเล็กน้อย	○ มีปัญหาปานกลาง	○ มีปัญหามากที่สุด
คะแนน :				

๘. สมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์


สมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยากัญชาทางการแพทย์

ชื่อ..................นามสกุล.....................HN :................

จัดทำโดย กลุ่มงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี