



คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ  
ที่ ๑๑ / ๒๕๕๔  
เรื่อง แนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ ๑๕๔ / ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กำหนดให้ทุกภาคส่วนในสังคมจะต้องผนึกกำลังร่วมกันให้เป็นพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดให้ได้โดยเร็ว และคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง แผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน ๗ แผน ๔ ปรับ ๓ หลัก ๖ เร่ง โดยมีแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เป็นแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด อย่างครบวงจร นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานกับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลและปฏิบัติด้วยความเอื้ออาทรตามมาตรฐานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งการช่วยเหลือ ติดตาม ดูแล เพื่อกลับคืนสู่สังคมดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข จึงกำหนดให้มีแนวปฏิบัติตามแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ ตามเจตนารมณ์ของยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด โดยมีรายละเอียดตามผนวกแนบท้าย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

ร้อยตำรวจเอก

(เฉลิม อยู่บำรุง)

รองนายกรัฐมนตรี

ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ

ผนวก ก. แนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)

๑. การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
<p>๑. การค้นหา จูงใจให้ผู้เสพ/ผู้ติดเข้าบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ</p>	<p>๑. ระดมการมีส่วนร่วมจากแกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครอบครัว สถานศึกษา สถานประกอบการให้ดำเนินการค้นหา ชักชวน จูงใจ หรือกำหนดทางเลือกสมัครใจกึ่งบังคับ ทุกครัวเรือน ทุกพื้นที่ ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ โดยการจัดทำประชาคม การสำรวจ โดยการเคาะประตูบ้าน การปิดล้อม ตรวจสอบ การจัดระเบียบสังคม หรือการกดดันจูงใจโดยเจ้าหน้าที่ ตำรวจ (สมัครใจกึ่งบังคับ) ฯลฯ</p> <p>๒. ให้จัดทำข้อมูลในแบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน (ผนวก ข)</p> <p>๓. จัดส่งข้อมูลแบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชนให้ ศพส.อ.</p> <p>๔. ศพส.อ.รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน รายงานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p>	<p>๑. ศพส.อ. ๒. ชุดปฏิบัติการชุมชน ๓. ฝ่ายปกครอง ๔. ตำรวจ</p>	<p>๑. แบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน (ผนวก ข)</p> <p>๒. รายงานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p>
<p>๒. การจำแนกคัดกรอง ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ติดยาเสพติด และการส่งต่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู</p>	<p>๑. จัดหาสถานที่ให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารายงานตัว และจำแนกคัดกรองตามระดับความรุนแรงของการเสพติดตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลุ่มผู้เสพ กลุ่มผู้ติด และผู้ติดยาเสพติด</p> <p>*หากพบผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย จิต หรือมีโรคติดต่อร้ายแรง ให้ส่งตัวเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยก่อน</p> <p>๒. ดำเนินการส่งต่อผู้เสพติดจากการจำแนก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มผู้เสพ ส่งเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ</li> <li>- กลุ่มผู้ติดและผู้ติดยาเสพติด ส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในสถานบริการของสาธารณสุข</li> </ul>	<p>๑. ศพส.อ. ๒. สสจ./อ.</p>	<p>๑. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p>

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๓. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการแพร่ระบาดของยาเสพติดระดับพื้นที่ โดยใช้การสอบถามข้อมูลจากผู้เสพยาเสพติดที่ถูกส่งเข้าค่ายฯ (ผนวก ค) แล้วรวบรวมข้อมูลการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่ประสานส่งต่อไปยัง ศพส.อ. เพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดแผนการปฏิบัติการตามข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏต่อไป</p> <p>๔. การรายงานข้อมูล</p> <p>๑) กลุ่มผู้เสพยา ให้รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหายูสเอ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p> <p>๒) กลุ่มผู้ติด/ติดยารุนแรง ให้รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน บสต. (บสต. ๒)</p>		<p>๒) รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน บสต. (บสต.๒)</p> <p>๓) แบบเก็บข้อมูลการแพร่ระบาดของยาเสพติดระดับพื้นที่ (เก็บจากผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) (ผนวก ค)</p>
<p>๓. การบำบัดฟื้นฟู</p>	<p>๑. จัดหาสถานที่เพื่อประกาศเป็นค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับอำเภอ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ ดังนี้</p> <p>๑) มีอาคารเรือนนอนเพียงพอสำหรับรองรับผู้เสพยาเข้าค่ายฯ</p> <p>๒) มีอาคารและ/หรือลานเอนกประสงค์เพื่อทำกิจกรรม ออกกำลังกาย</p> <p>๓) มีห้องอาบน้ำและห้องสุขาที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอ</p> <p>๔) มีสถานที่ประกอบเลี้ยง และรับประทานอาหาร</p> <p>๕) มีลานซักล้าง และอื่น ๆ ตามความจำเป็นและบริบทของพื้นที่</p> <p>๒. แต่งตั้งชุดวิทยากรค่ายปรับเปลี่ยนฯ ประจำอำเภอ</p> <p>๓. ดำเนินการจัดค่ายปรับเปลี่ยนฯ สำหรับผู้เสพยาตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ๙ วัน โดยในกระบวนการจัดค่ายฯ ควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน</p> <p>๔. กรณีผู้ติดและผู้ติดยารุนแรงดำเนินการตามกระบวนการของสถานบริการสาธารณสุข</p>	<p>๑. ศพส.จ/อ. ๒. สสจ./อ. ๓. ชุดวิทยากรค่ายปรับเปลี่ยนฯ</p>	<p>๑. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหายูสเอ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p> <p>๒) รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน บสต. (บสต.๓)</p>

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๕. การรายงานผล</p> <p>- รายชื่อสถานที่ประกาศเป็นค่ายปรับเปลี่ยนฯ รายชื่อชุดวิทยากรค่ายปรับเปลี่ยนฯ ระดับอำเภอ และรายชื่อผู้เสพที่เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p> <p>- รายงานการบำบัดฟื้นฟูฯ กลุ่มผู้ติดยา/ติดยาเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน บสต.(บสต.๓)</p>		
<p>๔. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือ</p>	<p>๑. ระหว่างการดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนฯ ให้มีการสำรวจและบันทึกความต้องการของผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ ว่าต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องใด ในแบบสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ (ผนวก ง.)</p> <p>๒. รวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือของผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ และจัดทำรายงานเสนอ ศพส.อ.เพื่อรวบรวมข้อมูลไว้ในศูนย์ข้อมูลด้าน Demand ของอำเภอ และกำหนดแนวทางการสนับสนุนช่วยเหลือ</p>	<p>ชุดวิทยากรค่ายปรับเปลี่ยนฯ</p>	<p>แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ (ผนวก ง)</p>
<p>๕. การติดตามดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูและพัฒนาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู</p>	<p>๑. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้าน Demand และศูนย์ติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฯ อย่างครบวงจรในระดับอำเภอ โดยมีข้อมูล ดังนี้</p> <p>๑) รายชื่อผู้เสพ ผู้ติดยา ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ทุกรูปแบบ ทั้งที่เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ และบำบัดฯ ในสถานบริการสาธารณสุข การบังคับบำบัด ตลอดจนการบำบัดในระบบต้องโทษ</p> <p>๒) รายชื่อผู้ทำหน้าที่ติดตาม ดูแลช่วยเหลือฯ</p> <p>๓) ข้อมูลผลการสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือของผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนฯ</p> <p>๔) ข้อมูลผลการติดตาม ดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ</p> <p>๒. ศูนย์ข้อมูลด้าน Demand และศูนย์ติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฯ อย่างครบวงจรในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดแนวทางการติดตามฯ และมอบหมายให้ผู้ทำหน้าที่ติดตามฯ ดำเนินการติดตาม ดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนเป็นศูนย์ฯ กลางประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนและจัดกิจกรรมช่วยเหลือ</p>	<p>๑. ศพส.จ./อ. ๒. สสจ./อ. ๓. สนง.คุมประพฤติ ๔. เรือนจำ/ทัณฑสถาน ๕. สถานพินิจฯ ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน</p>	<p>๑. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒ แผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)</u></p> <p>๒) รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน บสต. (บสต.๕)</p>

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ของอำเภอ และรวบรวม รายงานผลการดำเนินงานและผลการติดตาม ไปยัง ศูนย์ข้อมูลฯ จังหวัด</p> <p>๓. จัดให้มีสมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฯ รายบุคคล (ผนวก จ.) โดย กำหนดให้ ศูนย์ติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการ บำบัดระดับอำเภอ หรือ ศพส.อ.เป็นผู้เก็บรักษา รวบรวม และใช้ประโยชน์ข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดฯ เมื่อถึงห้วงเวลาการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฯ ให้ส่ง มอบแก่ผู้ทำหน้าที่ติดตามในพื้นที่นั้นๆ นำสมุด บันทึกการติดตามฯ ไปใช้ในการติดตามฯ แล้ว ส่งกลับมารวบรวมยัง ศูนย์ติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ ผ่านการบำบัดระดับอำเภอ หรือ ศพส.อ. ใช้ ประโยชน์ต่อไป</p> <p>๔. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้าน Demand และศูนย์ติดตาม ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฯ อย่างครบวงจรในระดับ จังหวัด เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจาก ศูนย์ข้อมูลฯ อำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข คุม ประพฤติ เรือนจำ/ทัณฑสถาน และสถานพินิจฯ เพื่อ เป็นข้อมูลประมวลผลการดำเนินงานในภาพรวมของ จังหวัด รวมทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่เกิน ศักยภาพของ ศพส.อ.</p> <p>๕. รายงานผลการติดตามฯ ผู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนฯ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงานผลการ ดำเนินงานยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด <u>แผนงานที่ ๒แผนการแก้ไขปัญหายูสเฟท/ผู้ติด ยาเสพติด (Demand)</u></p> <p>๖. รายงานผลการติดตามฯ ผู้ผ่านการบำบัดฯ ใน สถานบริการสถานธารณสุข ผู้ผ่านระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ให้รายงานผลการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ตในระบบ <u>รายงาน บสต. (บสต.๕)</u></p>		<p>๓) สมุดบันทึก การติดตามดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่าน การบำบัดฯ (ผนวก จ)</p>

## ๒. ระบบบังคับบำบัด

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
<p>การเปิดศูนย์ฟื้นฟูเพิ่มเติม ในจังหวัดที่ไม่มีศูนย์ฟื้นฟู แบบควบคุมตัว ๓๕ จังหวัด</p> <p>๑) ชัยนาท</p> <p>๒) พระนครศรีอยุธยา</p> <p>๓) สมุทรปราการ</p> <p>๔) สิงห์บุรี</p> <p>๕) อ่างทอง</p> <p>๖) จันทบุรี</p> <p>๗) ตราด</p> <p>๘) นครนายก</p> <p>๙) ระยอง</p> <p>๑๐) สมุทรสงคราม</p> <p>๑๑) สุพรรณบุรี</p> <p>๑๒) สุรินทร์</p> <p>๑๓) มหาสารคาม</p> <p>๑๔) มุกดาหาร</p> <p>๑๕) ร้อยเอ็ด</p> <p>๑๖) หนองบัวลำภู</p> <p>๑๗) นครพนม</p> <p>๑๘) อุตรดิตถ์</p> <p>๑๙) แพร่</p> <p>๒๐) ลำพูน</p> <p>๒๑) ลำปาง</p> <p>๒๒) พิจิตร</p> <p>๒๓) กำแพงเพชร</p> <p>๒๔) เพชรบูรณ์</p> <p>๒๕) สุโขทัย</p> <p>๒๖) อุทัยธานี</p> <p>๒๗) กระบี่</p> <p>๒๘) ชุมพร</p> <p>๒๙) พังงา</p> <p>๓๐) ภูเก็ต</p> <p>๓๑) ระนอง</p> <p>๓๒) นราธิวาส</p> <p>๓๓) ตรัง</p> <p>๓๔) พัทลุง</p> <p>๓๕) ยะลา</p>	<p>๑. สำรวจจำนวนผู้เข้ากระบวนการบังคับบำบัดในปีที่ผ่านมา และปริมาณผู้เข้ากระบวนการที่ควรได้รับการฟื้นฟู แบบควบคุมตัว แต่ไม่สามารถส่งต่อให้เข้ารับการฟื้นฟู แบบควบคุมตัวเพราะไม่มีสถานที่รองรับในจังหวัด และวิเคราะห์ความจำเป็นตลอดจนศักยภาพสถานที่รองรับที่เหมาะสมกับปริมาณผู้ฟื้นฟู</p> <p>๒. จัดทำข้อมูลเสนอ ศพส.จ.เพื่อกำหนดแนวทางการจัดหาสถานที่รองรับ</p> <p>๓. จัดการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่เพื่อสำรวจสถานที่ที่มีความเหมาะสม เช่น เป็นสถานที่ที่มีอาณาบริเวณมากพอสมควร มีรั้วล้อมรอบ มีอาคารเรือนนอน อาคารเอนกประสงค์ อาคารโรงครัวโรงอาหาร ห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอ มีสนามกีฬา มีระบบไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์เข้าถึง เป็นต้น และมีความพร้อมที่จะเปิดเป็นศูนย์ฟื้นฟู รวมทั้งมีบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นวิทยากรและครูฝึกในศูนย์ฟื้นฟู ตลอดจนสามารถจัดหางบประมาณสำหรับการปรับปรุงและดำเนินการฟื้นฟู ได้</p> <p>๔. จัดทำหนังสือจาก สำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดเพื่อแจ้งให้กรมคุมประพฤติขออนุญาตใช้สถานที่ จากหน่วยงานต้นสังกัด</p> <p>๕. กรมคุมประพฤติในฐานะหน่วยงานฝ่ายเลขาฯ คณะกรรมการฟื้นฟู ตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟู พ.ศ. ๒๕๔๕ (มาตรา ๖) จัดเจ้าหน้าที่ตรวจนิเทศในสถานที่และดำเนินการประกาศให้เป็นศูนย์ฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัดตามขั้นตอนกระบวนการ</p>	<p>สนง.คุมประพฤติ</p> <p>ศพส.จ.</p> <p>สนง.คุมประพฤติ</p> <p>กรมคุมประพฤติ</p>	<p>จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานต่อศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.)</p>

ภาคผนวก ข.

สำหรับปฏิบัติการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่

แบบรายงานการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่  
เดือน.....ปี.....

สถานที่สำรวจ.....ตำบล.....อำเภอ/เทศบาล..... จังหวัด.....

ที่	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่	เลขประจำตัวประชาชน	อาชีพ	ชนิดสารเสพติดที่ใช้	สถานภาพผู้ใช้สารเสพติด	ผลการชักชวน
		( ) ชาย ( ) หญิง					( ) ยาบ้า ( ) เฮโรอีน ( ) ผีน ( ) กัญชา ( ) สารระเหย ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ยังไม่เข้าบำบัด ( ) อยู่ระหว่างบำบัด ( ) ติดตามหลังบำบัด ( ) อยู่ระหว่างการถูกคุมประพฤติ ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ไม่สมัครใจเข้าบำบัด ( ) ใช้มาตรการทางสังคม ( ) ใช้มาตรการทางกฎหมาย ( ) สมัครใจเข้าบำบัด ( ) อื่นๆ ระบุ.....
		( ) ชาย ( ) หญิง					( ) ยาบ้า ( ) เฮโรอีน ( ) ผีน ( ) กัญชา ( ) สารระเหย ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ยังไม่สู่การบำบัด ( ) อยู่ระหว่างบำบัด ( ) ติดตามหลังรักษา ( ) อยู่ในความดูแลควบคุมประพฤติ ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ไม่สมัครใจเข้าบำบัด ( ) ใช้มาตรการทางสังคม ( ) ใช้มาตรการทางกฎหมาย ( ) สมัครใจเข้าบำบัด ( ) อื่นๆ ระบุ.....
		( ) ชาย ( ) หญิง					( ) ยาบ้า ( ) เฮโรอีน ( ) ผีน ( ) กัญชา ( ) สารระเหย ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ยังไม่สู่การบำบัด ( ) อยู่ระหว่างบำบัด ( ) ติดตามหลังรักษา ( ) อยู่ในความดูแลควบคุมประพฤติ ( ) อื่นๆ ระบุ.....	( ) ไม่สมัครใจเข้าบำบัด ( ) ใช้มาตรการทางสังคม ( ) ใช้มาตรการทางกฎหมาย ( ) สมัครใจเข้าบำบัด ( ) อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

วันที่.....

ข้อมูลการแพร่ระบาดของยาเสพติดระดับพื้นที่  
(เก็บข้อมูลจากผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

สถานที่จัดค่าย.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
ระหว่างวันที่ .....

๑. รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล (ผู้เสพ)

ชื่อ.....นามสกุล..... ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....  
ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....อาชีพ.....รายได้.....  
สถานที่ทำงาน.....  
เสพยาครั้งแรกอายุ.....ปี ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....รวมเวลาเสพยาแล้ว.....ปี  
ยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน.....เสพวันละ.....ครั้ง  
ปริมาณใช้เสพต่อครั้ง.....ราคายาเสพติดที่ซื้อมาเสพต่อหน่วย.....  
ยาเสพติดซื้อมาจากชื่อ.....นามสกุล..... ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
รถที่ใช้ยี่ห้อ.....รุ่น.....สี.....ทะเบียน.....  
วิธีการซื้อขาย.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เสพ/ผู้ติดรายอื่นที่รู้จัก

รายชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ.....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ.....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ.....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ.....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ.....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๓. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้จำหน่ายที่รู้จัก

รายชื่อ ๑ ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ ๒ ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ ๓ ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

รายชื่อ ๔ ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่ออื่นๆ .....อายุ.....ปี  
ลักษณะรูปพรรณ.....  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ผู้เก็บข้อมูล.....  
ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....  
วัน/เดือน/ปีที่บันทึก.....

**หมายเหตุ** เพื่อใช้ประโยชน์ในการส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาการค้าและการแพร่ระบาดในพื้นที่แบบบูรณาการ

สำหรับสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือ  
ผู้เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับอำเภอ

## แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการความช่วยเหลือ

ที่	รายละเอียดบุคคล	ที่อยู่	ความต้องการความช่วยเหลือ
	ชื่อ-สกุล..... บัตร ปชช. □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ สถานะการสมรส ..... ระดับการศึกษา ..... อาชีพ ..... ชื่อบิดา ..... ชื่อมารดา ..... ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ .....	บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ซอย ..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร. ....	( ) การศึกษาต่อ ( ) ฝึกอาชีพ อาชีพที่ต้องการฝึก ..... ( ) การจัดหางาน อาชีพที่ต้องการ ..... ( ) ทุนประกอบอาชีพ - อาชีพที่ต้องการทำ ..... - จำนวนเงินที่ต้องการ ..... บาท ( ) ที่อยู่อาศัย ( ) การรักษาพยาบาล ( ) การสงเคราะห์ครอบครัว เรื่อง ..... ( ) อื่นๆ ระบุ .....
	ชื่อ-สกุล..... บัตร ปชช. □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ สถานะการสมรส ..... ระดับการศึกษา ..... อาชีพ ..... ชื่อบิดา ..... ชื่อมารดา ..... ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ .....	บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ซอย ..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร. ....	( ) การศึกษาต่อ ( ) ฝึกอาชีพ อาชีพที่ต้องการฝึก ..... ( ) การจัดหางาน อาชีพที่ต้องการ ..... ( ) ทุนประกอบอาชีพ - อาชีพที่ต้องการทำ ..... - จำนวนเงินที่ต้องการ ..... บาท ( ) ที่อยู่อาศัย ( ) การรักษาพยาบาล ( ) การสงเคราะห์ครอบครัว เรื่อง ..... ( ) อื่นๆ ระบุ .....

ผนวก จ. : สำหรับการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

(ตัวอย่าง) สมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ

หน่วยงานที่ติดตาม / ที่ตั้ง.....

หน่วยงานที่บำบัดรักษา / ที่ตั้ง.....

ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย) .....อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน -

ที่อยู่ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....ซอย / ถนน ..... หมู่บ้าน/

ชุมชน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....

บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ๑. บิดา ๒. มารดา ๓. คู่สมรส

๔. บุตร ๕. ญาติ ๖. เพื่อน ๗. อยู่คนเดียว ๘. อื่นๆ

ระบุ .....

ลักษณะของการเข้ารับการบำบัด

( ) สมัครใจ ( ) บังคับบำบัด ( ) ต้องโทษ

ชื่อผู้บันทึก .....

**ผู้ติดตาม**

ชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

**ผู้ถูกติดตาม**

ชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

**โปรแกรมการติดตาม**

ครั้งที่ ๑ ๒ สัปดาห์หลังการบำบัด.....

ครั้งที่ ๒ ๔ สัปดาห์หลังการบำบัด.....

ครั้งที่ ๓ ๒ เดือนหลังการบำบัด .....

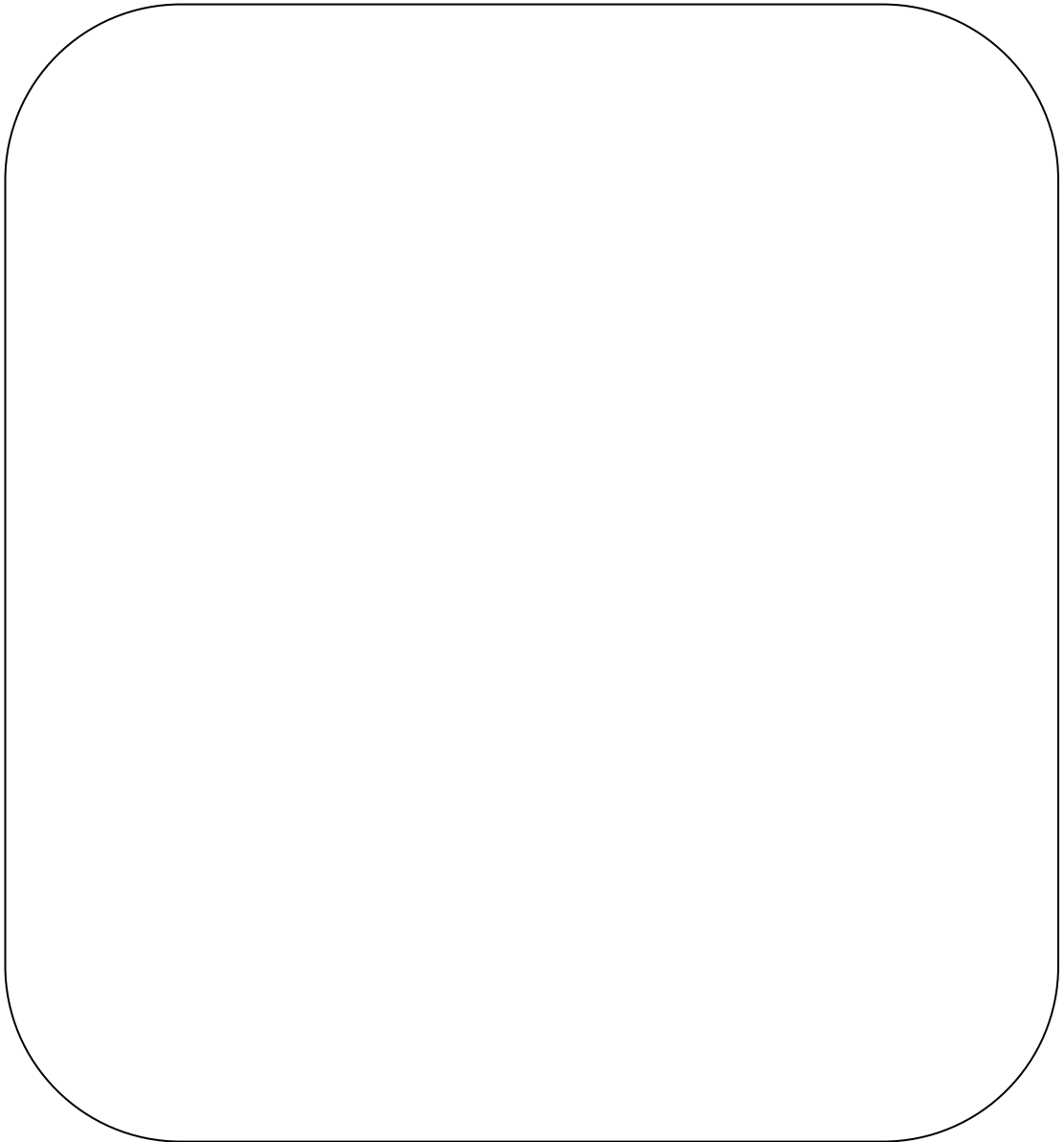
ครั้งที่ ๔ ๓ เดือนหลังการบำบัด .....

ครั้งที่ ๕ ๖ เดือนหลังการบำบัด .....

ครั้งที่ ๖ ๙ เดือนหลังการบำบัด .....

ครั้งที่ ๗ ๑๒ เดือนหลังการบำบัด .....

# แผนที่



## วัตถุประสงค์ของสมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ

๑. เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินผลการดำเนินงาน
๒. เพื่อทราบผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ
๓. เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงาน

## ข้อพึงปฏิบัติ

๑. ให้ผู้มีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการติดตามดูแลช่วยเหลือทำการบันทึกทุกครั้งที่มีการปฏิบัติงาน
๒. เมื่อเสร็จสิ้นการติดตามดูแลช่วยเหลือในแต่ละครั้งให้นำสมุดบันทึกฯ นี้มาให้เจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ที่มอบหมายให้ปฏิบัติงาน

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
- ถูกจับ  เสียชีวิต  ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- ว่างงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
- ถูกจับ  เสียชีวิต  ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
- ถูกจับ  เสียชีวิต  ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
- ถูกจับ  เสียชีวิต  ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

- ถูกจับ
- เสียชีวิต
- ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

ถูกจับ

เสียชีวิต

ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- ทำงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

ถูกจับ

เสียชีวิต

ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- ทำงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

ถูกจับ

เสียชีวิต

ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

ถูกจับ

เสียชีวิต

ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

## ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ ..... วันที่ .....

### สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

### สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ .....

### สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

### สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

### สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ
- เรียนหนังสือ
- วางงาน

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่ .....

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม  ไม่เสพซ้ำ  เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)

ติดตามไม่ได้

ถูกจับ

เสียชีวิต

ย้ายที่อยู่

อื่นๆ ระบุ.....

### บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล .....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม .....

(.....)

**แบบสำรวจความต้องการช่วยเหลือ**  
**สำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาทักษะทางสังคมเพิ่มเติม**

แบบสำรวจนี้มีประโยชน์สำหรับท่านโดยใช้ประกอบการวางแผน เพื่อให้ความช่วยเหลือ  
ด้านต่างๆ เช่น ด้านการฝึกอาชีพ / การมีงานทำ ด้านการศึกษา ด้านเงินทุนสนับสนุน หรือ ด้านอื่นๆ

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  และเติมค่า ลงในช่องว่าง

ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... ปี  
สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หย่า  ม่าย  แยกกันอยู่  
ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ ..... สถาบัน .....  
ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
เบอร์โทรศัพท์ .....

ความต้องการช่วยเหลือ

( ) ไม่ต้องการ เนื่องจาก

มีงานทำ คือ .....

ศึกษาต่อที่ .....

( ) ต้องการ (กรุณากรอกข้อความข้างล่างตามหัวข้อที่ท่านต้องการ

**สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น**

๑. ด้านการศึกษาต้องการศึกษาต่อระดับ

๑.๑ สายสามัญ ..... ชื่อสถานศึกษา.....

๑.๒ สายอาชีพ ..... ชื่อสถานศึกษา.....

๑.๓ อุดมศึกษา ..... ชื่อสถานศึกษา.....

๒. ด้านการประกอบอาชีพ (อาชีพที่ท่านต้องการ)

๒.๑ .....

๒.๒ .....

๓. ด้านการฝึกทักษะอาชีพ / การพัฒนาฝีมือ

๓.๑ สาขา .....

๓.๒ สาขา .....

๓.๓ สาขา .....

๔. ด้านเงินลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ

๔.๑ จำนวน ..... บาท

๔.๒ โครงการ (เขียนพอสังเขปว่าจะนำไปใช้จ่ายอะไรบ้าง)

.....

.....

.....

อื่นๆ .....

(แบบสำรวจนี้มีผลเมื่อท่านผ่านการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานบำบัด

และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ)