

แบบบันทึกการตรวจหรือทดสอบสารเสพติดในร่างกาย  
การตรวจสอบพฤติกรรมและสอบถามความสมัครใจเข้ารับการรักษา

สถานที่ตรวจ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัด .....

บัตรประจำตัวเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. เลขที่ ..... หรือ

บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ .....

วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... โดยอาศัยอำนาจตาม

มาตรา ๑๑๕ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

ได้สอบถาม นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย  หนังสือเดินทาง

เอกสารสำคัญอื่นที่ทางราชการออกให้ ระบุ.....

เลขที่ .....

ที่อยู่ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีแจ้งนัดหมาย/ คำสั่งเกี่ยวกับการดำเนินคดี) .....

..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๑ การตรวจหรือทดสอบสารเสพติดในร่างกาย โดยใช้อำนาจเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๕ เพื่อตรวจ/ทดสอบสารเสพติดในร่างกาย โดยใช้ชุดตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

ผลการตรวจ  ผลบวก หมายถึง ทดสอบเบื้องต้นพบว่าอาจมีสารเสพติดอยู่ในร่างกาย คือ .....

ผลลบ หมายถึง ทดสอบเบื้องต้นไม่พบว่ามีสารเสพติดอยู่ในร่างกาย

ผลการตรวจหรือค้น

ไม่พบยาเสพติด

พบและยึดยาเสพติดประเภท/ชนิด..... ปริมาณ .....

โดยได้ทำบันทึกการตรวจยึดเพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไปแล้ว

ส่วนที่ ๒ การตรวจสอบพฤติกรรม

๒.๑ การตรวจสอบพฤติกรรมต้องห้ามตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๕

อยู่ระหว่างตกเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก

อยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล

มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ เช่น สมัครใจเข้ารับการรักษาแต่ไม่ให้ความร่วมมือหรือหลบหนี หรือมีลักษณะเป็นอันธพาลที่ก่อให้เกิดความรุนแรงกับผู้อื่นหรือสังคม

ไม่พบพฤติกรรมต้องห้ามตามกฎหมาย

๒.๒ การตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอาชีพรายได้

อาชีพ ..... รายได้โดยประมาณ.....

๒.๓ พฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ถ้ามี) .....

ส่วนที่ ๓ การสอบถามความสมัครใจเข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) .....

ขอลงนามสมัครใจเข้ารับการรักษา

ขอลงนามไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา

กรณีสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจะต้องปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการ บำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ทั้งนี้ ในกรณีที่不去เข้ารับการบำบัดรักษา หลบหนี หรือไม่ได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการ บำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจ หากเจ้าพนักงานตรวจพบว่าเสพหรือครอบครองเพื่อเสพอีกจะไม่สามารถสมัครใจเข้ารับ การบำบัดรักษาในครั้งต่อไปได้ และจะต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมายซึ่งมีอัตราโทษจำคุกสูงสุดไม่เกิน ๒ ปี หรือปรับ ไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แล้วแต่ฐานความผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

#### ส่วนที่ ๔ การนัดหมายกรณีไม่สามารถส่งตัวไปคัดกรองยังสถานพยาบาลยาเสพติด/ศูนย์คัดกรอง (ถ้ามี)

เจ้าพนักงานนัดหมายให้ไปเข้ารับการคัดกรองในวันที่ ..... เวลา ..... น.  
ณ สถานที่ (ระบุ) .....

กรณีไม่มารายงานตัวและรับการคัดกรองในวันและเวลาที่เจ้าพนักงานกำหนด จะถือว่าไม่สมัครใจเข้ารับ การบำบัดรักษาและจะต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมายซึ่งมีอัตราโทษจำคุกสูงสุดไม่เกิน ๒ ปี หรือปรับไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แล้วแต่ฐานความผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

#### ส่วนที่ ๕ การรับรองและให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลการตรวจหรือทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะเบื้องต้นและผลการตรวจค้น/ยึดยาเสพติด ตามที่ปรากฏ เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบต่อหน้าข้าพเจ้าและเป็นความจริงทุกประการ

ในระหว่างที่เจ้าพนักงานให้ข้าพเจ้าอยู่ในความดูแลเป็นการชั่วคราว ได้จัดสถานที่ราชการหรือสถานที่อื่นใด ที่เจ้าพนักงานเห็นสมควร โดยไม่ปะปนผู้ต้องหาหรือมีบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ในสถานที่นั้น อันมีลักษณะเป็นการ ประจํา และคํานึงถึงอายุ เพศ และสภาวะเป็นสำคัญแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานรัฐบันทึก/ใช้/แลกเปลี่ยน/เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ ในการพิจารณาส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา รวมถึงจัดทำนโยบายและแผนว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งนี้ การถ่ายสำเนา ถ่ายภาพ หรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ให้ถือเป็นหลักฐานในการ ให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่าน/เจ้าพนักงานได้อ่านบันทึกนี้ให้ฟังแล้ว รับรองว่าถูกต้องจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้เข้ารับการตรวจค้น/ตรวจหรือทดสอบฯ/ผู้ยินยอมฯ  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. ผู้ตรวจหรือทดสอบฯ  
(.....)

ลงชื่อ)..... ผู้สมัครใจ/ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ช่วยเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. (ถ้ามี)  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(.....)