

[별표]

마약류의 오남용 방지를 위한 조치사유

I. 효능군

연번	구분	조치사유	비고
1	식욕억제제 <sup>1)</sup>	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우(단일제)	
		나. 2종 이상의 식욕억제제 병용 처방·투약한 경우	
		다. 청소년·어린이 처방·투약한 경우 * (단일제) 만 16세 이하 / (복합제) 만 18세 미만	
2	진통제 <sup>2)</sup> ※ 주사제 및 경피흡수제(패치제)는 제외함	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	암 및 복합부위통증 증후군 <sup>4)</sup> 의 통증 완화를 위해 사용하는 경우 제외
		나. 품목 허가사항에 따른 연령 금기를 벗어나 처방·투약한 경우	
3	항불안제 <sup>3)</sup>	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	

1) 식욕억제제(4개 성분) : 펜터민, 펜디메트라진, 암페프라몬, 마진돌  
 2) 진통제(13개 성분) : 페티딘, 모르핀, 디히드로코데인, 히드로모르폰, 히드로코돈, 옥시코돈, 타펜타돌, 부프레노르핀, 부토르파놀, 펜타조신, 날부핀, 펜타닐(주사제 외 제형), 올리세리딘  
 3) 항불안제(10개 성분) : 클로르디아제폭시드, 맥사졸람, 에틸로플라제페이트, 클로티아제팜, 로라제팜, 디아제팜, 브로마제팜, 에티졸람, 클로바잠, 알프라졸람  
 4) 「통계법」 제22조제1항 전단에 따라 작성·고시된 한국표준질병·사인분류에 따른 질병분류기호 중 G90.5(CRPS I형), G90.6(CRPS II형), G90.7(기타 및 상세불명 유형의 CRPS)에 해당하는 질병으로 확진받은 경우에 한한다.

## II. 성분

연번	구분 (해당 효능군)	조치사유	비고
1	졸피뎀 (최면진정제)	가. 1개월 초과 처방·투약한 경우	
		나. 만 18세 미만 처방·투약한 경우	
		다. 하루 10mg(속효성) 초과 처방·투약한 경우	
2	프로포폴 (마취제)	가. 전신마취 수술·시술 및 진단이나 인공호흡 중환자의 진정 목적을 벗어나 사용한 경우	
		나. 최대 허가용량 초과 투약한 경우 * (남성) 7,450mg, (여성) 5,960mg 기준	
		다. 간단한 시술·진단에 월 1회 초과 투약한 경우	
3	펜타닐 (진통제)  ※ 경피흡수제( 패치제)에 한함	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	암 및 복합부위 통증 증후군 <sup>1)</sup> 의 통증 완화를 위해 사용하는 경우 제외
		나. 만 18세 미만 처방·투약한 경우	
		다. 품목 허가사항의 투여간격을 벗어나 처방· 투약한 경우	
4	메틸페니데이트 (ADHD 치료제)	가. 3개월 초과 처방·투약한 경우	
		나. 치료목적(ADHD 또는 수면발작)을 벗어나 처방· 투약한 경우	
		다. 일일 최대 허가용량 초과 처방·투약한 경우	
1) 「통계법」 제22조제1항 전단에 따라 작성·고시된 한국표준질병·사인분류에 따른 질병분류 기호 중 G90.5(CRPS I형), G90.6(CRPS II형), G90.7(기타 및 상세불명 유형의 CRPS)에 해당하는 질병으로 확진받은 경우에 한한다.			