

<p style="text-align: center;">เฉพาะเจ้าหน้าที่</p> <p>หมายเลขวิเคราะห์ที่.....</p> <p>ได้รับตัวอย่างยาแล้ว ลงชื่อ.....</p> <p><input type="checkbox"/> สำนักยาและวัตถุเสพติด</p> <p><input type="checkbox"/> ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่.....</p> <p>วันที่.....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ไม่รับตรวจวิเคราะห์/ส่งคืนตัวอย่าง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง
โครงการประกันคุณภาพยา

๑. ชื่อสามัญทางยา รูปแบบและความแรง (เช่น Warfarin tablet 3 mg)

.....

๒. รายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา

ชื่อการค้า.....เลขทะเบียนยา (กรณาระบุ).....

รุ่นที่ผลิต(เป็นรุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง)

วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....(ต้องไม่หมดอายุก่อนวันที่ ๓๐ ก.ย. ๖๑)

ชื่อผู้ผลิต.....

ชื่อผู้แทนจำหน่าย.....

จำนวนตัวอย่างที่ส่ง (รุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง).....

ภาชนะบรรจุเดิม (กรณีแบ่งตัวอย่าง)

ขวดพลาสติกขวดละ.....เม็ด ขวดแก้วสีชาขวดละ.....เม็ด

อื่นๆ(โปรดระบุ).....

หมายเหตุ.....

.....

๓. สถานที่ส่งตัวอย่าง

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล/ผู้ผลิต

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๔. การขดเขยยา ต้องการ ไม่ต้องการ

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... (กรณาระบุ)

ข้อกำหนดในการส่งตัวอย่าง

๑. กรุณำบันทึกรายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาลงในแบบบันทึกการส่งตัวอย่างฉบับนี้ให้ครบถ้วน และส่งมาพร้อมกับตัวอย่าง (แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง ๑ ฉบับ ต่อตัวอย่าง ๑ รายการยา)

๒. ยาเม็ดหรือแคปซูลที่ส่งตรวจวิเคราะห์ **ควรบรรจุในภาชนะบรรจุเดิม และแนบฉลากยาเดิม หรือกล่องบรรจุภัณฑ์ ไม่ควรบรรจุในซองพลาสติก**

๓. ส่งตัวอย่างยาเป็นรุ่นที่ผลิต (lot no.) เดียวกันตามจำนวนที่กำหนด

๔. หลีกเลี่ยงการเก็บตัวอย่างไว้ในที่อุณหภูมิสูง ควรป้องกันแสงและความชื้น