RESET

เฉพาะเจ้าหน้าที่
หมายเลขวิเคราะห์ที่.....
ได้รับตัวอย่างยาแล้ว ลงชื่อ.....
❑ สำนักยาและวัตถุเสพติด
❑ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่.....
วันที่.....

❑ **ไม่รับตรวจวิเคราะห์/ส่งคืนตัวอย่าง เนื่องจาก**
.....
.....
.....
.....
.....

แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง
โครงการประกันคุณภาพยา
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. ชื่อสามัญทางยารูปแบบและความแรง (เช่น Warfarin tablet 3 mg)
.....

๒. รายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา
ชื่อการค้า......**เลขทะเบียนยา** (กรุณาระบุ).....
รุ่นที่ผลิต..... (<u>เป็นรุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง</u>)
วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....
ชื่อผู้ผลิต.....
ชื่อผู้แทนจำหน่าย.....
จำนวนตัวอย่างที่ส่ง (*รุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง*).....
ภาชนะบรรจุเดิม (กรณีแบ่งตัวอย่าง)
☐ ขวดพลาสติกขวดละ.....เม็ด ☐ ขวดแก้วสีชาขวดละ.....เม็ด
☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
<u>หมายเหตุ</u>.....
.....
.....

๓. สถานที่สุ่มตัวอย่าง
ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... .....จังหวัด..... .....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่..... (กรุณาระบุ)

ข้อกำหนดในการส่งตัวอย่าง

๑. กรุณาบันทึกรายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา ลงในแบบบันทึกการส่งตัวอย่างฉบับนี้ให้ครบถ้วน และส่งมาพร้อมกับตัวอย่าง (แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง ๑ ฉบับ ต่อตัวอย่าง ๑ รายการยา)
๒. ยาเม็ดหรือแคปซูลที่ส่งตรวจวิเคราะห์**ควรบรรจุในภาชนะบรรจุเดิม และแนบฉลากยาเดิม หรือกล่องบรรจุภัณฑ์ <u>ไม่</u>ควรบรรจุในซองพลาสติก**
๓. **ส่งตัวอย่างยาเป็นรุ่นที่ผลิต (lot no.) เดียวกัน**ตามจำนวนที่กำหนด
๔. หลีกเลี่ยงการเก็บตัวอย่างไว้ในที่อุณหภูมิสูง ควรป้องกันแสงและความชื้น