



แบบฟอร์มส่งตัวอย่าง : ผลิตภัณฑ์ยา ยางและพลาสติกที่ใช้ทางการแพทย์

ศูนย์รวมบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรุณากรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ใน ให้ครบถ้วน

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ผู้นำส่งตัวอย่าง

- 1.1 ชื่อผู้ส่ง (นาย/ นาง/ นางสาว)นามสกุล..... โทรศัพท์.....
- 1.2 ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้สะดวกนามสกุล..... โทรศัพท์.....
- 1.3 ส่งในนามบริษัท / ห้างร้าน
- ที่อยู่เลขที่ หมู่..... ซอย..... ถนน แขวง / ตำบล
- เขต / อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

2. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

- 2.1 วัตถุประสงค์/ยาสำเร็จรูป เอกลักษณะ ปริมาณ (ระบุ).....
- Weight Variation Content Uniformity Dissolution Disintegration Loss on drying Water
- Degradation Pdt. Related Substances Particulate Matter Deliverable Volume pH
- Microbial limits Sterility Pyrogen การปนเปื้อนสารสเตอโรอิด
- ตรวจเชื้อตามประกาศ สน.อย. โลหะหนัก(สารหนู,ตะกั่ว,แคดเมียม)..... อื่นๆ
- 2.2 ยางหรือพลาสติกที่ใช้ทางการแพทย์ Bacterial Endotoxins Cytotoxicity Hemolysis Implantation
- Intracutaneous Pyrogen Systemic Injection การซึมผ่านของจุลินทรีย์
- คุณลักษณะทางชีวภาพ(มอก.531-2558) อื่นๆ โดยระบุมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ (ถ้าสามารถระบุได้).....

4. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกแบบฟอร์มรายละเอียดผลิตภัณฑ์ หน้า 2)

5. เอกสารประกอบการส่งตัวอย่าง อื่นๆ (ถ้ามี).....

6. รายงานผลวิเคราะห์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ (เพิ่มฉบับละ 300 บาท ต่อ 1 หัวข้อทดสอบ)
- รายงานพิเศษข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ (เพิ่มฉบับละ 300 บาท ต่อ 1 หัวข้อทดสอบ) โดยแนบรายละเอียดภาษาอังกฤษที่จำเป็น
- สรุปผลการวิเคราะห์ (เข้ามาตรฐาน/ ผิดมาตรฐาน) ระบุค่าความไม่แน่นอน (uncertainty)

7. การรับรายงานผลวิเคราะห์ ขอรับด้วยตนเอง ขอให้ส่งทางไปรษณีย์

ตามที่อยู่ข้อ 1.3 หรือ ชื่อ - ที่อยู่.....

8. การรับตัวอย่างคืน ไม่รับคืน รับคืนพร้อมรายงานผลวิเคราะห์

หมายเหตุ หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วันหลังรับผลวิเคราะห์ ศูนย์ฯจะดำเนินการกับตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ค่าบำรุงการวิเคราะห์ จำนวน.....บาท
(.....)
- อื่นๆ.....
(.....)
- อื่นๆ.....
(.....)

หมายเลขรับ ถึง

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด.....ตัวอย่าง

กำหนดวันรับผล.....

ลงชื่อ (.....)

ผู้รับตัวอย่าง

วันที่.....เวลา.....