

แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง
โครงการประกันคุณภาพยา
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เฉพาะเจ้าหน้าที่ หมายเลขวิเคราะห์ที่..... ได้รับตัวอย่างยาแล้ว ลงชื่อ..... <input type="checkbox"/> สำนักยาและวัตถุเสพติด <input type="checkbox"/> ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่..... วันที่.....
<input type="checkbox"/> ไม่รับตรวจวิเคราะห์/ส่งคืนตัวอย่าง เนื่องจาก

๑. ชื่อสามัญทางยารูปแบบและความแรง (เช่น Warfarin tablet 3 mg)

.....

๒. รายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา

ชื่อการค้า.....เลขทะเบียนยา (กรณารับ).....

รุ่นที่ผลิต..... (เป็นรุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง)

วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ..... (ต้องไม่หมดอายุก่อนวันที่ ๓๐ ก.ย. ๖๔)

ชื่อผู้ผลิต.....

ชื่อผู้แทนจำหน่าย.....

จำนวนตัวอย่างที่ส่ง (รุ่นผลิตเดียวกันทุกตัวอย่าง).....

ภาชนะบรรจุเดิม (กรณีแบ่งตัวอย่าง)

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

อื่นๆ(โปรดระบุ).....

หมายเหตุ.....

.....

.....

๓. สถานที่ส่งตัวอย่าง

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... (กรณารับ)

ข้อกำหนดในการส่งตัวอย่าง

๑. กรุณำบันทึกรายละเอียดตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยา ลงในแบบบันทึกการส่งตัวอย่างฉบับนี้ให้ครบถ้วน และส่งมาพร้อมกับตัวอย่าง (แบบบันทึกการส่งตัวอย่าง ๑ ฉบับ ต่อตัวอย่าง ๑ รายการยา)

๒. ยาเม็ดหรือแคปซูลที่ส่งตรวจวิเคราะห์**ควรบรรจุในภาชนะบรรจุเดิม และแนบฉลากยาเดิม หรือกล่องบรรจุภัณฑ์ ไม่ควรบรรจุในซองพลาสติก**

๓. ส่งตัวอย่างยาเป็นรุ่นที่ผลิต (lot no.) เดียวกันตามจำนวนที่กำหนด

๔. หลีกเลี่ยงการเก็บตัวอย่างไว้ในที่อุณหภูมิสูง ควรป้องกันแสงและความชื้น