



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 ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้สะดวก .....นามสกุล..... โทรศัพท์.....
1.3 ส่งในนามบริษัท / ห้างร้าน ..... TAX ID:.....
ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง / ตำบล.....
เขต / อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

2. วัตถุประสงค์ที่ส่งตรวจ

ขึ้นทะเบียน  ตรวจสอบคุณภาพ  อื่นๆ.....

- 2.1 วัตถุประสงค์/ยาสำเร็จรูป  เอกลักษณ์  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  การปนเปื้อนสารสเตอโรยด์
 ตรวจสอบชื่อตามประกาศ สน.อย.  โลหะหนัก(สารหนู,ตะกั่ว,แคดเมียม).....  อื่นๆ.....
2.2 ยางหรือพลาสติกที่ใช้ในทางการแพทย์  Bacterial Endotoxins  Cytotoxicity  Hemolysis  Implantation
 Intracutaneous  Pyrogen  Systemic Injection  การซึมผ่านของจุลินทรีย์
 คุณลักษณะทางชีวภาพ (มอก.531-2558)  อื่นๆ โดยระบุมาตรฐาน.....

3. รายละเอียดตัวอย่าง (กรอกแบบฟอร์มรายละเอียดผลิตภัณฑ์)

4. เอกสารประกอบการส่งตัวอย่าง  อื่นๆ (ถ้ามี).....

5. การออกผลวิเคราะห์  ภาษาไทย  ภาษาอังกฤษ (เพิ่มฉบับละ 500 บาท ต่อ 1 หัวข้อทดสอบ)

- รายงานพิเศษข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ (เพิ่มฉบับละ 500 บาท ต่อ 1 หัวข้อทดสอบ) โดยแนบรายละเอียดภาษาอังกฤษที่จำเป็น
 สรุปผลการวิเคราะห์ (เข้ามาตรฐาน/ ผิดมาตรฐาน)  ระบุค่าความไม่แน่นอน (uncertainty)

6. การรับรายงานผลวิเคราะห์  ขอรับด้วยตนเอง  E-report  ขอให้ส่งทางไปรษณีย์

ตามที่อยู่ข้อ 1.3 หรือ ชื่อ - ที่อยู่.....

7. การรับตัวอย่างคืน  ไม่รับคืน  รับคืนพร้อมรายงานผลวิเคราะห์ (กรณีรับผลทางไปรษณีย์หรือ E-report จะไม่ส่งตัวอย่างคืนให้)

หมายเหตุ: หากไม่มารับตัวอย่างคืนภายใน 30 วัน หลังรับผลวิเคราะห์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะดำเนินการจัดการตัวอย่างที่เหลือตามความเหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ส่งตัวอย่าง
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

หมายเลขตัวอย่าง.....ถึง.....
จำนวนตัวอย่างทั้งหมด.....ตัวอย่าง
กำหนดวันรับผล.....
ลงชื่อ (.....)
ผู้รับตัวอย่าง
วันที่.....เวลา.....