

**แบบรายงาน ปัญหาคุณภาพวัสดุการแพทย์ หรือ ให้บริการของผู้จำหน่าย**

**ปัญหาคุณภาพวัสดุการแพทย์**

1. รายละเอียด วัสดุการแพทย์

- ชื่อวัสดุการแพทย์ (ระบุ ชื่อ, รูปแบบ, เบอร์) .....

- ชื่อการค้าที่ติดอยู่กับผลิตภัณฑ์ .....

- บริษัทผู้ผลิต/ผู้แทนจำหน่าย .....

- วันที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....เลขที่ผลิต(Lot No./Batch No.).....

- รายละเอียดปัญหาที่พบ

.....  
 .....  
 .....

2. ช่วงเวลาที่พบปัญหา

( ) พบก่อน บริหารยา/ใช้อุปกรณ์กับผู้ป่วย

( ) พบหลัง บริหารยา/ใช้อุปกรณ์กับผู้ป่วย

3. ผู้รายงานเคยพบปัญหานี้มาก่อนกับ ยา/อุปกรณ์ ชนิดนี้

( ) เคยพบ.....ครั้ง

( ) ไม่เคยพบ

( ) ไม่แน่ใจ

4. วัน/เวลาที่พบ

ปัญหา.....

5. วัน/เวลาที่

รายงาน.....

6. ส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ยา/อุปกรณ์ ที่พบปัญหามาด้วย ( ) มี จำนวน..... ( ) ไม่มี

**ปัญหาให้บริการของผู้จำหน่าย**

- บริษัทผู้ผลิต/ผู้แทนจำหน่าย .....

- ปัญหาการให้บริการที่พบ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

แหล่งที่ทำงาน ตึก/แผนก.....โทร.....

กรุณาส่งแบบรายงานปัญหาคุณภาพวัสดุการแพทย์ หรือ ให้บริการของผู้จำหน่าย

กลับมาที่งานจัดคลังยา กลุ่มงานเภสัชกรรม ชั้น 5 อาคารสนับสนุน (อาคารศูนย์แพทย์เก่า) (โทร 1125 ,1126,1127,1128)

หมายเหตุ :ผู้รับรายงาน.....ตำแหน่ง.....โทร.....