

งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โทร. 5162, 5163

1.ชื่อผู้ส่งตัวอย่าง .....แผนก..... เบอร์โทรแจ้งผลกลับ .....อื่นๆ line/email.....			
<b>ข้อมูลผลิตภัณฑ์</b>			
2. พื้นที่เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> ตำบล..... <input type="checkbox"/> อำเภอ..... <input type="checkbox"/> จังหวัด.....			
3. ชื่อผลิตภัณฑ์( ถ้ามี ) .....			
4. ประเภทผลิตภัณฑ์ หรือ รูปแบบ			
<input type="checkbox"/> ยาแผนโบราณ <input type="checkbox"/> ยาผง.สี..... <input type="checkbox"/> ยาเม็ด สี..... <input type="checkbox"/> ยาลูกกลอน สี..... <input type="checkbox"/> ยาน้ำ สี..... <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆโปรดระบุ..... บรรจุใน.....ปริมาณ.....			
5.สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้.....ขนาดการรับประทาน.....			
6. แหล่งที่มา <input type="checkbox"/> ตลาดนัด <input type="checkbox"/> ร้านชำ/ร้านสะดวกซื้อ <input type="checkbox"/> คลินิก/สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ร้านขายยา <input type="checkbox"/> บุคคล (ฝากซื้อ/ทดลองใช้) <input type="checkbox"/> ร้านเสริมสวย <input type="checkbox"/> ร้านขายเครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> (ศูนย์ขายตรง) <input type="checkbox"/> รถเร่ <input type="checkbox"/> วัด <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
6.1 ผู้ผลิต (ถ้ามี ) .....ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทรศัพท์.....			
6.2 ผู้จัดจำหน่าย <input type="checkbox"/> รายเดียวกับผู้ผลิต <input type="checkbox"/> คนละรายกับผู้ผลิตระบุ.....			
7. ฉลากผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี ให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย <input type="checkbox"/> มี เป็นภาษาไทย <input type="checkbox"/> มี เป็นภาษาต่างประเทศ <input type="checkbox"/> มี ทั้งสองภาษา			
8. กรณีเป็นยา <input type="checkbox"/> มี เลขทะเบียนยา (Reg. No.) ..... <input type="checkbox"/> ไม่มีเลขทะเบียนยา.....			
9.กรณีเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรืออื่น ๆ <input type="checkbox"/> มี เลข สารบบ อย. หรืออื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี เลขสารบบ อย.....			
10. กรณีเป็นเครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> มี เลขจดแจ้ง ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี เลขจดแจ้ง.....			
11. รุ่นที่ผลิต .....วันที่ผลิต .....วันสิ้นอายุ .....			
12. ผู้ผลิต ..... ที่อยู่ .....ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทรศัพท์.....			
13. ผลการตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (แจ้งผลกลับศูนย์ข้อมูลยา DIS )วันที่..... เรียน.....			
<b>ผลการตรวจสอบด้วยชุดทดสอบ อื่นๆ</b>			
<input type="checkbox"/> ไฮโดรควิโนน <input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> โปรทแอมโมเนีย <input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> กรดเรติโนอิก <input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> ชุดตรวจ สเตียรอยด์ <input type="checkbox"/> พบ สารสเตียรอยด์ ส่งตรวจยืนยันและเฝ้าระวังในชุมชน ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง ( Dexamethasone และ/หรือ Prednisolone ) <input type="checkbox"/> ไม่พบ แต่มีเหตุสงสัยในความไม่ปลอดภัยส่งตรวจ วิเคราะห์ประเด็นอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่พบ สารสเตียรอยด์ ให้ความรู้ ตระหนักในการ ใช้ที่ถูกต้อง
14.ข้อมูลผู้รับตัวอย่างส่งตรวจ ชื่อ-สกุล .....วันที่.....			
15. ผู้ปฏิบัติการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และผู้แจ้งผลกลับ ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง..... ( ) วันที่.....			

+ รูปถ่าย

ภาพผลิตภัณฑ์และผลตรวจ Test Kit

ผลการตรวจ โดยชุดตรวจอย่างง่าย ผลเป็น.....

ผู้ทำการตรวจเบื้องต้น.....

Update ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕