

แบบรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา	
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	เลขที่.....
ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่พบปัญหา	
1. ชื่อผลิตภัณฑ์.....	
2. รูปแบบผลิตภัณฑ์ ☐ ยาเม็ด ☐ ยาใช้ภายนอก ☐ ยาน้ำ/ยารับประทาน ☐ ยาฉีด ☐ สารน้ำ ☐ อื่น ๆ.....	
3. ครั้งที่ผลิต (Lot No.).....วันที่ผลิต.....วันที่หมดอายุ.....	
4. บริษัทผู้ผลิต..... 5. บริษัทผู้จัดจำหน่าย.....	
6. สภาพการเก็บรักษา ☐ ห้องไม่ปรับอากาศ ☐ ห้องปรับอากาศ ☐ ตู้เย็น ☐ อื่น ๆ.....	
7. บรรจุภัณฑ์ที่บรรจุ ☐ บรรจุภัณฑ์เดิมจากบริษัท ☐ ซองยาใส/สีชา ☐ กระบอซองใส/สีชา ☐ อื่น ๆ.....	
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลปัญหาผลิตภัณฑ์ที่พบ	
8. วันที่พบปัญหา..... 9. ส่งตัวอย่างมาด้วยจำนวน.....	
10. สถานที่พบปัญหา ☐ หน่วยงานใน รพธ. (ระบุ)..... ☐ บ้าน/ที่พักผู้ป่วย (รับยาจากห้องยา.....)	
11. ช่วงเวลาตรวจพบปัญหา ☐ พบขณะตรวจรับผลิตภัณฑ์ ☐ พบขณะตรวจสอบ/จ่ายผลิตภัณฑ์ให้กับผู้ป่วย ☐ พบก่อนใช้ผลิตภัณฑ์กับผู้ป่วย ☐ พบหลังใช้ผลิตภัณฑ์กับผู้ป่วย/หลังจากผู้ป่วยนำผลิตภัณฑ์ไปใช้	
12. ลักษณะทางกายภาพที่พบปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เม็ดยาร้อน/แตก/หัก ☐ เคลือบเม็ดยาผิดปกติ/ขนาดไม่สม่ำเสมอ ☐ แคปซูลฉีกขาด/มีผงยาเกาะ ☐ ยาน้ำใสตกตะกอน/ขุ่น ☐ พ่นยาไม่ออก ☐ สี/กลิ่นผิดปกติ ☐ จำนวน/ปริมาณไม่ครบ ตามระบุ ☐ มีสิ่งแปลกปลอม ☐ อื่น ๆ.....	
13. ภาชนะบรรจุ/ฉลากยา ☐ ชำรุด..... ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
14. รายละเอียดปัญหา.....	
ส่วนที่ 3 : ข้อมูลผู้พบ/ แจ้งปัญหาคุณภาพ และผู้ป่วย โปรดระบุให้ครบ	
15. ผู้พบ/แจ้งปัญหา ☐ จนท.รพ. (ชื่อ/หน่วยงาน.....) ☐ ผู้ป่วย/ญาติ เบอร์โทรติดต่อ.....	
16. ยาของผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล.....H.N.....ประวัติรับยาจาก รพธ. เมื่อวันที่.....	
ส่วนที่ 4 : ข้อมูลเภสัชกรผู้รับเรื่อง โปรดระบุให้ครบ เพื่อการตรวจสอบและประสานงานเพิ่มเติม	
17. เภสัชกรผู้รับเรื่อง ชื่อ-นามสกุล..... หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....	
ข้อมูลการแลกเปลี่ยนยาคืนให้กับผู้ป่วย ☐ พิจารณาแล้วว่า เป็นปัญหาคุณภาพจากบริษัทผู้ผลิตอย่างชัดเจน จึงเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ให้ผู้ป่วย ☐ พิจารณาแล้วว่า ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นปัญหาคุณภาพจากบริษัทผู้ผลิตหรือไม่ ยังไม่เปลี่ยนผลิตภัณฑ์ให้กับผู้ป่วย กรณีเป็นยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น หากผู้ป่วยหรือหออผู้ป่วย ส่งยาดังกล่าวคืนโดยไม่บรรจุพร้อมน้ำแข็ง ฝ่ายเภสัชกรรม ไม่รับเปลี่ยนยาทุกกรณี	
ส่วนที่ 5 : สำหรับเจ้าหน้าที่งานจัดซื้อ ฝ่ายเภสัชกรรม และ ตัวแทนบริษัทผู้จำหน่าย (บริษัทส่งเอกสารชี้แจง)	
21. ตัวแทนบริษัทที่ได้ติดต่อประสานงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....วันที่แจ้ง.....	
22. บริษัทยินยอมเปลี่ยนและชดเชยยาให้แก่ รพธ. โดยมารับยาจำนวน.....ลงชื่อผู้รับยา.....เมื่อวันที่.....	
23. งานจัดซื้อได้รับยาแลกเปลี่ยนคืนเมื่อวันที่.....ส่งคืนหน่วยงานวันที่.....ผู้รับ.....	
บริษัท ติดต่อประสานงานที่ คุณพริภา ชัยกิจสุนทร หรือ เภสัชกรหญิงณัชชา รุ่งโรจน์พานิช งานจัดซื้อยา ฝ่ายเภสัชกรรม โทรศัพท์ 02 926 9229	