

รายงานการพบปัญหาจากผลิตภัณฑ์น้ำยาล้างไต CAPD และการบริการ

1. **ผู้แจ้งข้อมูล** : ชื่อ – สกุล.....
ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

2. **หน่วยบริการที่พบปัญหา** : โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
สภ.เขตพื้นที่..... วันที่.....

3. **ปัญหาที่พบ** : 3.1 ปัญหาของผลิตภัณฑ์
เนื่องด้วยหน่วยไตเทียมได้รับแจ้งข้อมูลจากผู้ป่วยชื่อ.....

พบปัญหาของผลิตภัณฑ์น้ำยาล้างไต CAPD ความเข้มข้น..... ของบริษัท.....

1. จำนวน.....ถุง

Lot.No..... วันผลิต..... วันหมดอายุ.....

2. จำนวน.....ถุง

Lot.No..... วันผลิต..... วันหมดอายุ.....

3. จำนวน.....ถุง

Lot.No..... วันผลิต..... วันหมดอายุ.....

พบปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์

1.

2.

3.

3.2 ปัญหาการบริการ

เนื่องด้วยหน่วยไตเทียมได้รับแจ้งข้อมูลจากผู้ป่วยชื่อ.....

พบปัญหาการบริการด้านการส่งมอบน้ำยาล้างไต CAPD ดังนี้

.....

.....

.....

พบปัญหาการบริการอื่นๆ ดังนี้

.....

.....

ส่งรายงานทาง FAX(022038909)

นักการตลาด

ผู้ส่งรายงาน

ผู้รับรายงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โทร.....

โทร.....