

(ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับทางราชการโดยเฉพาะ)

รายงานฉบับแรก

รายงานฉบับที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้แจ้งรายงาน					
ชื่อ-สกุล			เบอร์โทร		
ที่อยู่			E-mail		
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ได้รับผลกระทบ เกิดผลกระทบกับ <input type="checkbox"/> คน <input type="checkbox"/> สัตว์					
ข้อมูลเฉพาะคน			ข้อมูลเฉพาะสัตว์		
ชื่อ-สกุล			ประเภท		
ที่อยู่			พันธุ์		
วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	สัดส่วน น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.	ข้อมูลการติดต่อ เบอร์โทร		
อายุ	ปี		E-mail		
โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)					
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)					
ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)					
ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ					
ชื่อผลิตภัณฑ์	ขนาดและวิธีใช้ (ความแรง/ปริมาณ/หน่วย/ความถี่/วิธีใช้)	ว/ด/ป ที่เริ่มใช้	ว/ด/ป ที่หยุดใช้	สาเหตุที่ใช้ ผลิตภัณฑ์	แหล่งที่ได้รับ (แหล่งที่ซื้อ/โฆษณา)
ส่วนที่ 4 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์					
รายละเอียดและความร้ายแรงของอาการ					
หลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต้องได้เข้ารับการรักษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ใช่ (ระบุการรักษา)					
ว/ด/ป ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เคยใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย					
<input type="checkbox"/> หยุดใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย <input type="radio"/> อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน <input type="radio"/> อาการไม่ดีขึ้น <input type="radio"/> ไม่ทราบ			<input type="checkbox"/> ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยซ้ำโดยเจตนาหรือเจตนา <input type="radio"/> เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้นอีก <input type="radio"/> ไม่เกิดอาการขึ้นอีก <input type="radio"/> ไม่ทราบ		
<input type="checkbox"/> ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย <input type="radio"/> ใช้ต่อในขนาดเดิม <input type="radio"/> ใช้ต่อแต่ขนาดลดลง <input type="radio"/> เปลี่ยนวิธีการบริหารยา			<input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยซ้ำ		
ผลลัพธ์ / สภาวะของผู้ได้รับผลกระทบ ณ ปัจจุบัน					
<input type="checkbox"/> หายดีแล้ว		<input type="checkbox"/> ยังไม่หาย		<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	