

แบบสรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับสถานพยาบาล ประจำเดือน.....

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....คน จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด.....ใบ จำนวนรายงานทั้งหมด.....รายงาน

เลขที่รายงาน (Report No.)	ชนิดของรายงาน initial หรือ follow up	วันที่รายงาน (Date of Report)	ผลิตภัณฑ์ที่สงสัย (Suspected product)	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			ผลลัพธ์หลังจากการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Outcome)* (1,2,3,4, หรือ 5)	มีในฉลาก (Labeled)	ไม่มีในฉลาก (Unlabeled)	หมายเหตุ
				ร้ายแรง (Serious)	ไม่ร้ายแรง (Non - Serious)	Adverse events term				
				รวม	รวม			รวม	รวม	

*1=หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม 2=หายโดยมีร่องรอยเดิม 3=ยังมีอาการอยู่ 4=เสียชีวิต 5=ไม่สามารถติดตามผลได้