

▪ แบบรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้เครื่องสำอาง (แบบ ร.ม.ค. 1)

แบบรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้เครื่องสำอาง		แบบ ร.ม.ค. ๑
		สำหรับเจ้าหน้าที่
		เลขรับที่
		วันที่ได้รับ
		ชื่อผู้รับ
๑. ชนิดของรายงาน	๒. รายละเอียดของผู้จดแจ้ง	
<input type="checkbox"/> รายงานครั้งแรก	<input type="checkbox"/> ผู้ผลิต <input type="checkbox"/> ผู้นำเข้า	
<input type="checkbox"/> ติดตามผล	ชื่อที่ตั้งของผู้จดแจ้ง :	
วัน เดือน ปี ที่ผู้จดแจ้งได้รับรายงาน :	โทรศัพท์ :	E-mail :
วัน เดือน ปี ที่ผู้จดแจ้งส่งให้ภาครัฐ :	ชื่อและตำแหน่งของผู้รายงาน :	
๓. อาการอันไม่พึงประสงค์	๔. ผู้รายงานคนแรกต่อผู้จดแจ้ง	
<input type="checkbox"/> ชนิดร้ายแรง	<input type="checkbox"/> ผู้บริโภค	
<input type="checkbox"/> เสียชีวิต (Death)	<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ (โปรดระบุ).....	
<input type="checkbox"/> มีอันตรายถึงชีวิต (Life-threatening)	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
<input type="checkbox"/> ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Inpatient Hospitalization)		
<input type="checkbox"/> ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายอย่างถาวรหรือทุพพลภาพ (Persistent or Significant Disability/Incapacity)		
<input type="checkbox"/> ชนิดไม่ร้ายแรง (โปรดระบุ).....		
อธิบายรายละเอียดการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ :		
.....		
๕. รายละเอียดของผู้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์	เลขที่อ้างอิงของผู้แจ้ง :	
ชื่อ :	นามสกุล :	
อายุ :	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้	
เชื้อชาติ/สัญชาติ :		
วันที่เริ่มเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ :		
รายละเอียดอื่นๆ (ประวัติการแพ้ มีการใช้ร่วมกับเครื่องสำอางอื่น อาหาร ยา โรคประจำตัวของผู้บริโภค).....		
.....		
๖. รายละเอียดเครื่องสำอางที่สงสัย	๗. รายละเอียดการใช้เครื่องสำอาง	
ชื่อเครื่องสำอาง :	วันที่ใช้ครั้งแรก :	
ชื่อผู้ผลิต/ประเทศผู้ผลิต :	ความถี่ในการใช้ : (ต่อวัน/สัปดาห์/เดือน/ปี)	
ประเภทเครื่องสำอาง :	บริเวณที่ใช้ :	
เลขที่ใบรับจดแจ้ง :	วิธีใช้เครื่องสำอาง :	
ครั้งที่ผลิต :		
วัน เดือน ปี ที่ผลิต :	หยุดใช้ผลิตภัณฑ์แล้ว เมื่อ	
ผลิตภัณฑ์อื่นที่เข้าร่วมด้วย :		
.....		
ระดับความน่าจะเป็น	ผลลัพธ์	
<input type="checkbox"/> ใช้นั่นเอง (Certain)	<input type="checkbox"/> หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม	
<input type="checkbox"/> น่าจะใช่ (Probable)	<input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอยเดิม	
<input type="checkbox"/> อาจจะเป็น (Possible)	<input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย	
<input type="checkbox"/> ไม่น่าใช่ (Unlikely)	<input type="checkbox"/> ยังมีอาการอยู่	
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถแบ่งระดับได้ (Unclassified)	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต	
(ระบุเหตุผล).....	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดตามผลได้	
เอกสารประกอบแบบรายงาน (ถ้ามี)		
(๑)		
(๒)		
ลายเซ็นชื่อ.....		
ชื่อของผู้รายงาน.....		
วันที่รายงาน.....		