

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

سازمان غذا و دارو

اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر

معاونت بازرسی فنی

فرم گزارش شکایت از فرآورده های دارویی

۱ - مشخصات شکای:	
نام:	
آدرس کامل:	
تلفن /نمابر:	
آدرس پست الکترونیکی:	
۲ - مشخصات گزارش دهنده مشکل:	
نام:	
شغل/ پست:	
تاریخ بی بردن به مشکل: روز/ ماه / سال	
آدرس کامل:	
تلفن/نمابر:	
آدرس پست الکترونیکی:	
۳ - آیا راضی هستید اسم و آدرستان در اختیار تولیدکننده قرار گیرد تا در صورتیکه در جریان رسیدگی به مشکل خواستار گرفتن اطلاعات بیشتر شدند با شما تماس حاصل نمایند؟	
شکای:	
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
گزارش دهنده:	
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی

۴ - مشخصات محصول شکایتی:	
نام تجاری (در صورت لزوم):	
نام زنجیرک:	
شکل دارویی:	
قدرت دارویی:	
اندازه و نوع بسته بندی:	
شماره سری ساخت:	
تاریخ ساخت:	
تاریخ انقضاء:	
نام تولید کننده:	
نام وارد کننده (در صورت لزوم):	
نام توزیع کننده (در صورت لزوم):	
۵- توضیح و شرح کامل در مورد وجود هر گونه نقص و اشکال در داروی موضوع شکایت	

۶- آیا در اثر مصرف دارو عارضه جانبی در مصرف کننده ایجاد شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ در مورد آن توضیح دهید.
۷- تاریخ ها: (پر کردن این بخش بستگی به نوع شاکمی دارد) تاریخ خرید محصول شکایتی: روز/ ماه/ سال
تاریخ دریافت محصول شکایتی: روز/ ماه/ سال
تاریخ توزیع محصول شکایتی: روز/ ماه/ سال
۸- آیا محصول مشکل دار (sealed) ضمیمه گزارش شکایت می باشد؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۹- آیا ذخیره ای از سری ساخت مشابه وجود دارد که جهت انجام آزمایشات لازم و ضروری قابل دسترس باشد؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۰- آیا با تولیدکننده، وارد کننده یا توزیع کننده در رابطه با محصول مشکل دار تماس گرفته شد؟ (در صورت مثبت بودن جواب تصویر جوابیه به فرم شکایت الصاق شود.)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۱- در مورد روش نگه داری فرآورده شرح دهید؟
۱۲- سایر اطلاعات مرتبط با موضوع که در رسیدگی سریعتر و دقیق تر کمک نماید.