

LAMPIRAN A

BPFK 419

BORANG LAPORAN ADUAN UBAT - UBATAN

Segala maklumat yang diberikan dalam laporan ini adalah sulit dan hanya akan diguna untuk tujuan memantau kualiti dan keselamatan produk yang diguna.

Kerjasama pelapor diminta memberikan maklumat yang lengkap berserta alamat dan nombor telefon yang boleh dihubungi. Ini bagi memudahkan pihak kami menghubungi anda sekiranya maklumat lanjut diperlukan.

MAKLUMAT PELAPOR :		
Nama : Tuan/Puan/Encik/Cik		
Alamat:		
Bandar :	Negeri :	Poskod:
Alamat e-mail:	Tel:(R)	(O) (HP)
MAKLUMAT PESAKIT		
Umur:	Jantina: L / P	Bangsa:
Hubungan dengan pelapor :		
DISKRIPSI UBAT		
Nama ubat :		
**(Sila gunakan nama produk dan sertakan sampel sekiranya ada)		
Bentuk dos : Tablet <input type="checkbox"/> Kapsul <input type="checkbox"/> Sirap <input type="checkbox"/> Lain - lain <input type="checkbox"/>		
Kegunaan ubat :		
Nama pengilang / pengedar :		
(Sila rujuk pada label produk)		
No. Kelompok :	Tarikh Dikilangkan :	Tarikh Luput :
DISKRIPSI ADUAN		
<input type="checkbox"/> Tidak berkualiti <input type="checkbox"/> Tidak berdaftar		
<input type="checkbox"/> Mengalami kesan sampingan <input type="checkbox"/> Tidak berkesan		
Penerangan lanjut mengenai aduan (sekiranya ada)		
Tarikh menghadapi masalah :	Tarikh ubat mula digunakan :	
Nama dan alamat tempat ubat dibeli :	Maklumat tambahan untuk membantu siasatan (sekiranya ada) :	
Adakah anda bersetuju untuk dihubungi sekiranya maklumat lanjut diperlukan : Ya <input type="checkbox"/>		
Tidak <input type="checkbox"/>		

Terima kasih di atas laporan yang dikemukakan

** Minima 10 kapsul/tablet diperlukan untuk ujian makmal