1. ชื่อการค้า......................................... รูปแบบ ............................... ขนาด/ความแรง/ปริมาตร.......................

ชื่อสามัญ..........................................กลุ่มยา.............................................................................................

ข้อบ่งใช้....................................................................................................................................................

1. ประสบการณ์ในการใช้ยา
	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทดลองใช้ยา ............................. ราย
	2. ช่วงเวลาที่ได้ทดลองใช้ยา (ระบุช่วงเวลาเริ่มทดลองใช้ เดือน/ปี ถึง เดือน/ปี)

 ……………………………………………………………………………………………………………

* 1. ผลการรักษา
	+ เป็นที่น่าพอใจ ........................................................................................................................
	+ ประเมินไม่ได้...........................................................................................................................
	+ ไม่เป็นที่พอใจ..........................................................................................................................
	1. อาการไม่พึงประสงค์จากยา
* ยอมรับได้ ได้แก่ อาการ............................................................................................................
* ยอมรับไม่ได้ ได้แก่ อาการ.........................................................................................................
	1. ความสะดวกในการใช้ยา
	+ มาก
	+ ปานกลาง
	+ น้อย
	1. ปัญหาคุณภาพยา
	+ ไม่พบ
	+ พบปัญหาคุณภาพ ได้แก่.........................................................................................................

 ลงนามแพทย์.........................................................................................

 สาขาวิชา.................................................... ภาควิชา.............................

 วันที่......................................................................................................

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบประเมินมาที่ฝ่ายเภสัชกรรม