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