**نموذج للإبلاغ عن عيوب الجودة**

 **رقم النموذج:**

|  |
| --- |
| 1. **المستحضر:**
 |
| **إسم المستحضر (العلمي و التجاري):** |
| **الشكل الصيدلي:** | **حجم العبوة:** | **التركيز:** |
| **عدد المنتج:** | **نوع العبوة:** |
| **تاريخ إنتهاء الصلاحية:** | **تاريخ الإنتاج:** | **رقم التشغيلة:** |
| **رقم التسجيل (إذا كان متاحاً):** | **إسم الشركة المصنعة:** |
| 1. **نوع المشكلة:**
 |
| [ ]  **خلل في التركيبة** | [ ]  **تغيرات فيزيائية أو كيميائية أو ميكروبية** | [ ]  **العبوة** |
| [ ]  **غش تجاري** | [ ]  **الشك في تلوث المنتج** | [ ]  **عدم ثبات المستحضر** |
| [ ]  **الإلتباس بين مستحضرين سواء كان هذا في (الإسم – شكل العبوة- التصميم – النشرة)**  | [ ]  **خطأ في الكتابة علي العبوة أو النشرة (سواء كان هذا في الطباعة أو عن طريق الإهمال)** |
| [ ]  **أخري:**  |
| **هل المنتج متاح للتقييم؟** [ ]  **نعم** [ ]  **لا** |
| **هل تم تخزين و حفظ المنتج وفقا للتعليمات المدونة علي العبوة في النشرة؟** [ ]  **نعم** [ ]  **لا** |
| **وصف المشكلة:** |
| **في حالة عدم كفاءة المستحضر في علاج مريض، برجاء ملأ الخانة الخاصة ببيانات المريض: (في حالة حدوث أي أثر عكسي للدواء، برجاء ملأ نموذج الإبلاغ عن الأثار العكسية للأدوية و تقديمة مع هذا النموذج):** **إسم المريض: النوع:** [ ]  **ذكر** [ ]  **أنثي السن: الحمل:** [ ] **نعم** [ ]  **لا** [ ]  **غير مؤهل** |
| 1. **بيانات مندوب الشركة:**
 | 1. **بيانات مقدم التقرير:**
 |
| **الإسم:****الوظيفة:****الشركة:****رقم الهاتف/الموبايل:****البريد الإلكتروني:****التاريخ:****التوقيع:** | **الإسم:****الوظيفة:****المؤسسة التابع لها:****رقم الهاتف/الموبايل:****العنوان:****البريد الإلكتروني:****تاريخ إستلام الشكوي/التقرير من المُبَلِغ الأصلي :****التاريخ:****التوقيع:** |

**تستطيع الإبلاغ عن عيوب الجودة بشكل تطوعي مباشرة لنا علي** **sunnymedical@gmail.com** **،. جميع المعلومات الوارة في هذا التقرير سرية و تحمي هوية المريض و المُبَلِغ.**