



وزارة الصحة

مديرية صحة محافظة العاصمة

مركز صحي .....

نموذج التبليغ عن العيوب المصنعية/عدم المطابقة للأدوية و للمستهلكات الطبية

اسم المركز.....

التاريخ:- .....

القسم:- .....

اسم المادة :-.....

Name:

نوع المادة :-.....

Type:

رقم التشغيل :-.....

Batch Number:

اسم الشركة الصانعة :-.....

Manufacturing company:

بلد المنشأ:-.....

Manufacturing country:

تاريخ الصنع:-.....

Manufacturing:

تاريخ الإنتهاء:-.....

Expiry date:

وصف مفصل عن العيب المصنعي :-

.....

.....

.....

.....

.....

اسم الشخص المبلغ عن الخلل ..... الوظيفة ..... التوقيع .....

رئيس القسم و توقيع :- .....

ملاحظات و توصيات لجنة الصيدلية و العلاجات :-

.....

.....

.....

.....

توقيع رئيس اللجنة :- .....

التاريخ :- .....

ملاحظات و توصيات مدير المركز :-

.....

.....

.....

.....

التوقيع :- .....

التاريخ :- .....