



شماره :

تاریخ :

فرم ثبت شکایت

اداره نظارت و ارزیابی فرآورده های طبیعی، سنتی و مکمل

مشخصات شاکی / گزارش دهنده :

نوع شکایت :	<input type="checkbox"/> حضوری	<input type="checkbox"/> تلفنی	<input type="checkbox"/> کتبی
محل وقوع شکایت :	<input type="checkbox"/> داروخانه	<input type="checkbox"/> بیمارستان	<input type="checkbox"/> عطاری
آدرس محل مورد شکایت :	سایر موارد <input type="checkbox"/>		
نام و نام خانوادگی شاکی :			
آدرس:	تلفن همراه :		

شرح کامل شکایت :
آیا در اثر مصرف، عارضه جانبی در مصرف کننده ایجاد شده است ؟ توضیح دهید .
آیا محصول مشکل دار (Sealed) ضمیمه گزارش شکایت می باشد ؟
در مورد روش نگهداری فرآورده شرح دهید ؟



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
جنوبی شاپور اهواز

معاونت غذا و دارو

بیت کالی

شماره :

تاریخ :

مشخصات محصول شکایتی :

نام تجاری :
نام ژنریک :
شکل دارویی :
اندازه و نوع بسته بندی :
تاریخ ساخت :
تاریخ انقضاء :
نام تولید کننده :
نام وارد کننده (در صورت لزوم) :
نام توزیع کننده (در صورت لزوم):

تاریخ و امضاء شاکی :

اقدامات کارشناس پیگیری کننده :

اهواز - خیابان آزادگان - خیابان نظام وفا - بین رستگاری و آهنگری

پست الکترونیک: fdo-khz@ajums.ac.ir تلفن: ۵۲-۳۲۲۳۲۳۴۶-۰۶۱ دورنگار: ۰۶۱-۳۲۲۳۲۳۶۴