



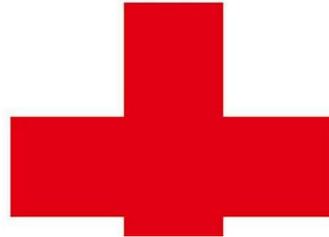
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
สภากาชาดไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

AF 16-01

แบบสรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Summary Adverse Events Report Form)

หน้า 1
จาก 3



หมายเลข
โครงการ
(IRB No):

ชื่อโครงการวิจัย:

.....
.....
.....
.....

Protocol Title:

.....
.....
.....
.....

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ-สกุล:

สังกัด:

เบอร์โทรศัพท์:

Email:



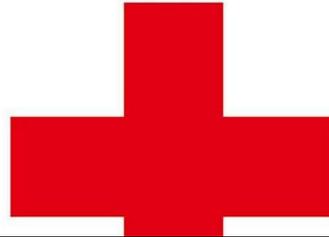
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
สภากาชาดไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

AF 16-01

แบบสรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Summary Adverse Events Report Form)

หน้า 2
จาก 3



สถานที่เกิดเหตุการณ์ (Site of SAE): ในโรงพยาบาล (Internal)
 นอกโรงพยาบาล (External) โปรด

ระบุ.....

Subject ID	Onset/ Date of Event	Sign & Symptoms	Diagnosis	Severity	Relation to the study	Progression of Adverse Event	Modification of Protocol	Modification of Informed Consent
รายชื่อ 1							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
รายชื่อ 2							<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes



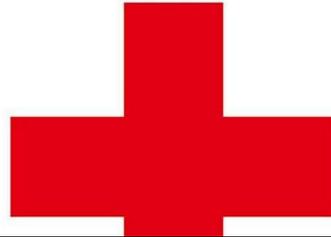
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
สภากาชาดไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

AF 16-01

แบบสรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Summary Adverse Events Report Form)

หน้า 3
จาก 3



รายชื่อ 3							<input type="checkbox"/> No Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No Yes <input type="checkbox"/>
--------------	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------