


<div></div> <div><u>BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC</u> THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO, BỆNH NHÂN VÀ ĐƠN VỊ BÁO CÁO SẼ ĐƯỢC BẢO MẬT</div>	Nơi báo cáo: _____
	Khoa: _____
	Mã số báo cáo của đơn vị: 1
	Mã số báo cáo (do trung tâm quốc gia quản lý) : 1

Xin anh/chị hãy báo cáo kể cả khi không chắc chắn về sản phẩm đã gây ra phản ứng và/hoặc không có đầy đủ các thông tin

A. THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN			
1. Họ và tên: 2123	2. Ngày sinh: 09/09/2022	3. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	4. Cân nặng:
	Hoặc tuổi:		

B. THÔNG TIN VỀ PHẢN ỨNG CÓ HẠI (ADR)	
5. Ngày xuất hiện phản ứng	6. Phản ứng xuất hiện sau bao lâu (tính từ lần dùng cuối cùng của thuốc nghi ngờ):
7. Mô tả biểu hiện ADR	8. Các xét nghiệm liên quan phản ứng
	9. Tiền sử (dị ứng, thai nghén, nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bệnh gan, bệnh thận...)
	10. Cách xử trí phản ứng:

11. Mức độ nghiêm trọng của

☐ Tử vong

☐ Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm viện

☐ Dị tật thai nhi

☐ Đe dọa tính mạng

☐ Tàn tật vĩnh viễn nặng nề

☐ Không nghiêm trọng

12. Kết quả sau khi xử trí ph

☐ Tử vong do ADR

☐ Chưa hồi phục

☐ Hồi phục có di chứng

☐ Tử vong không liên quan thuốc

☐ Đang hồi phục

☐ Hồi phục không có di chứng

☐ Không rõ

C. THÔNG TIN VỀ THUỐC NGHI NGỜ GÂY ADR

STT	13.Thuốc (tên gốc và tên thương mại)	Dạng bào chế, hàm lượng	Nhà sản xuất	Số lô	Liều dùng 1 lần	Số lần dùng trong ngày/ tuần/ tháng.	Đường dùng	Ngày điều trị		Lý do dùng thuốc	Có cải thiện sau khi giảm liều?	Có phản ứng khi tái sử dụng?
								(Ngày/ tháng/ năm)				
								Bắt đầu	Kết thúc			

14. Các thuốc dùng đồng thời (Ngoại trừ các thuốc dùng điều trị/ khắc phục hậu quả ADR)

Tên thuốc	Dạng bào chế, hàm lượng	Ngày điều trị	
		(ngày/ tháng/ năm)	
		Bắt đầu	Kết thúc

D. PHẢN THẨM ĐỊNH ADR CỦA ĐƠN VỊ

15. Đánh giá mối liên quan giữa thuốc và ADR

☐ Chắc chắn

☐ Không chắc chắn

☐ Khác

☐ Có khả năng

☐ Chưa phân loại

☐ Có thể

☐ Không thể phân

16. Đơn vị thẩm định theo thang nào?

☐ Thang WHO

☐ Thang Naranjo

☐ Thang khác:

17. Phần bình luận của cán bộ y tế (nếu có):

E. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO

Điện thoại liên lạc: _____			Nghề nghiệp/ Chức vụ: _____		
18. Họ và tên: _____			Email: _____		
19. Chữ ký	20. Dạng báo cáo: <input type="checkbox"/> Lần đầu <input type="checkbox"/> Bổ sung			21. Ngày báo cáo: _____	