

 <b><u>BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC</u></b> <b>THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO, BỆNH NHÂN VÀ ĐƠN VỊ BÁO CÁO SẼ ĐƯỢC BẢO MẬT</b>	Nơi báo cáo:
	Bệnh viên YHCT Nghệ An
	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 Hoặc tuổi:	3. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	4. Cân nặng:
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 ci			
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm việ	<input type="checkbox"/> Dị tật thai nhi	
<input type="checkbox"/> Đe dọa tính m	<input type="checkbox"/> Tàn tật vĩnh viễn nặng nề	<input type="checkbox"/> Không nghiêm trọng	
12. Kết quả sau khi xử trí pl			
<input type="checkbox"/> Tử vong do ADR	<input type="checkbox"/> Chưa hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục có di ch	
<input type="checkbox"/> Tử vong không liên que	<input type="checkbox"/> Đang hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục không có di c	<input type="checkbox"/> 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. PHẦN THẨM ĐỊNH ADR CỦA ĐƠN VỊ

15. Đánh giá mối liên quan giữa thuốc và ADR		
<input type="checkbox"/> Chắc chắn	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn	<input type="checkbox"/> Khác
<input type="checkbox"/> Có khả năng	<input type="checkbox"/> Chưa phân loại	
<input type="checkbox"/> Có thể	<input type="checkbox"/> Không thể phân	
16. Đơn vị thẩm định theo thang nào?		
<input type="checkbox"/> Thang WHO	<input type="checkbox"/> Thang Naranjo	<input type="checkbox"/> Thang kh
17. Phân bình luận của cán bộ y tế ( nếu có):		

E. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO

18. Họ và tên			Nghề nghiệp/ Chức		
Liên thoại liên l			Email:		
19. Chữ ký	20. Dạng báo cáo: <input type="checkbox"/> Lần đầu <input type="checkbox"/> Bổ sung		1. Ngày báo cáo		