


| | |
|--|--|
| <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 checked="" type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Cân nặng: 123 |
| | Hoặc tuổi: | | |

| B. THÔNG TIN VỀ PHẢN ỨNG CÓ HẠI (ADR) | | |
|--|---|--|
| 5. Ngày xuất hiện phản ứng 09/09/2022 | 6. Phản ứng xuất hiện sau bao lâu (tính từ lần dùng cuối cùng của thuốc nghi ngờ): 1231 | |
| | | |
| 7. Mô tả biểu hiện ADR 1231 | 8. Các xét nghiệm liên quan phản ứng 3123 | |
| | 9. Tiền sử (dị ứng, thai nghén, nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bệnh gan, bệnh thận...) 1231 | |
| | | |
| | 10. Cách xử trí phản ứng: 3123 | |
| | | |

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. PHÂN 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 loại

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: _____ | |