

<div></div> <div>BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC 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 phản ứng			
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input checked="" type="checkbox"/> Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm viện	<input type="checkbox"/> Dị tật thai nhi	
<input type="checkbox"/> Đe dọa tính mạng	<input type="checkbox"/> Tàn tật vĩnh viễn nặng nề	<input type="checkbox"/> Không nghiêm trọng	
12. Kết quả sau khi xử trí phản ứng			
<input type="checkbox"/> Tử vong do ADR	<input type="checkbox"/> Chưa hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục có di chứng	
<input type="checkbox"/> Tử vong không liên quan thuốc	<input checked="" type="checkbox"/> Đang hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục không có di chứng	<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			
#REF!					1			09/09/2022	09/09/2022		Có	Có
#REF!								09/13/2022	09/13/2022		Có	Có

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			
<input type="checkbox"/> Chắc chắn	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn	<input checked="" type="checkbox"/> Khác	123
<input type="checkbox"/> Có khả năng	<input type="checkbox"/> Chưa phân loại		
<input type="checkbox"/> Có thể	<input type="checkbox"/> Không thể phân loại		
16. Đơn vị thẩm định theo thang nào?			

<input type="checkbox"/> Thang WHO	<input type="checkbox"/> Thang Naranjo	<input checked="" type="checkbox"/> Thang khác: _____
17. Phần bình luận của cán bộ y tế (nếu có): 123		

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: _____	