



**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

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:  

☒ Nam

☐ 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

☐ 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 phản ứng

☐ 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 SX	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 giám liều?	Có phản ứng khi tái sử dụng?
								(Ngày/ tháng/ năm)				
								Bắt đầu	Kết thúc			
	Trà gừng	123	123	123	1	123	1231	09/09/2022	09/09/2022	31	Có	Có
	Dopamine hydrochloride	3123	123	2131	1	13	132	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)

STT	Tên thuốc	Dạng bào chế, hàm lượng	Ngày điều trị	
			(ngày/ tháng/ năm)	
			Bắt đầu	Kết thúc
	Lidocain-BFS	1231	44816	44816

**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. Phân 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"/> Lấn đầu <input type="checkbox"/> Bổ sung	21. Ngày báo cáo: _____	