

	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:
		Bệnh viện 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		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 phản ứng												
<input type="checkbox"/> Tử vong		<input 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 phá 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 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			
14. Các thuốc dùng đồng thời (Ngoại trừ các thuốc dùng điều trị/ khác 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 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 loại									
16. Đơn vị thẩm định theo thang nào?												
<input type="checkbox"/> Thang WHO			<input type="checkbox"/> Thang Naranjo			<input type="checkbox"/> Thang khác:						
17. Phân bình luận của cán bộ y tế (nếu có):												
E. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO												
18. Họ và tên: _____												
Điện thoại liên lạc: _____												
Nghề nghiệp/ Chức vụ: _____												
Email: _____												
19. Chữ ký												
20. Dạng báo cáo: <input type="checkbox"/> Lần đầu <input type="checkbox"/> Bổ sung												
21. Ngày báo cáo: _____												