|  |  |
| --- | --- |
| **SỞ Y TẾ NGHỆ AN**  **BỆNH VIỆN YHCT NGHỆ AN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **hinh5.jpg 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…………. Bệnh viện YHCT Nghệ An |
| Mã số báo cáo của đơn vị:………………………… |
| Mã số báo cáo (do Trung tâm quốc gia quản lý):  …………………………………………………………... |

BM.03

*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*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Họ và tên:……………...  …………………………… | | | | | | | | | | 2. Ngày sinh: ….../…..../……..  Hoặc tuổi:……… | | | | | | | | 3. Giới tính Nam Nữ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4. Cân nặng:  …………………. | | |
| 1. **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 đến 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Tử vong  🞎 Đe dọa tính mạng | | | | | | | | | | | | | 🞎 Nhập viện/Kéo dài thời gian nằm viện  🞎 Tàn tật vĩnh viễn/nặng nề | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 🞎 Dị tật thai nhi  🞎 Không nghiêm trọng | | | | |
| 12. Kết quả sau khi xử trí phản ứng | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Tử vong do ADR  🞎 Tử vong không liên quan đến thuốc | | | | | | | | | | | | | | | 🞎 Chưa hồi phục  🞎 Đang hồi phục | | | | | | | | | | | | | 🞎 Hồi phục có di chứng  🞎 Hồi phục không có di chứng | | | | | | | | | | 🞎Không rõ | |
| 1. **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 một lần | | | | | Số lần dùng trong *ngày/ tuần/ tháng*. | | | | | | | Đường dùng | | Ngày điều trị  (*Ngày/tháng/năm*) | | | | | | | | Lý do dùng thuốc |
| Bắt đầu | | | | | Kết thúc | | |
| i |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| ii |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| iii |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| iv |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| STT  (Tương ứng 13.) | 14.Sau khi ngừng/giảm liều của thuốc bị nghi ngờ, phản ứng có được cải thiện không? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15.Tái sử dụng thuốc bị nghi ngờ có xuất hiện lại phản ứng không? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Có | | Không | | | | | Không ngừng/giảm liều | | | | | | Không có thông tin | | | | | | | | Có | | | Không | | | | Không tái sử dụng | | | | | Không có thông tin | | | | | |
| i | 🞎 | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | | 🞎 | | | | | | | | 🞎 | | | 🞎 | | | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | |
| ii | 🞎 | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | | 🞎 | | | | | | | | 🞎 | | | 🞎 | | | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | |
| iii | 🞎 | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | | 🞎 | | | | | | | | 🞎 | | | 🞎 | | | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | |
| iv | 🞎 | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | | 🞎 | | | | | | | | 🞎 | | | 🞎 | | | | 🞎 | | | | | 🞎 | | | | | |
| 16. Các thuốc dùng đồng thời (*Ngoại trừ các thuốc dùng điều trị/ khắc phục hậu quả của ADR*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tên thuốc | | Dạng bào chế, hàm lượng | | | | Ngày điều trị (ngày/tháng/năm) | | | | | | | | | Tên thuốc | | | | | | | | | Dạng bào chế, hàm lượng | | | | | | Ngày điều trị (ngày/tháng/năm) | | | | | | | | | |
| Bắt đầu | | | | | | Kết thúc | | | Bắt đầu | | | Kết thúc | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |
| 1. **PHẦN THẨM ĐỊNH ADR CỦA ĐƠN VỊ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Đánh giá mối liên quan giữa thuốc và ADR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Chắc chắn  🞎 Có khả năng  🞎 Có thể | | | | 🞎 Không chắc chắn  🞎 Chưa phân loại  🞎 Không thể phân loại | | | | | | | | | | | | | | | | Khác:……………………..…………………………………………. ………………...…………………………………………………….. ………………………………………………………...…………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Đơn vị thẩm định ADR theo thang nào? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Thang WHO | | | | | | | 🞎 Thang Naranjo | | | | | | | | | Thang khác:…………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Phần bình luận của cán bộ y tế (nếu có):  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Họ và tên:…………………………………............................ Nghề nghiệp/Chức vụ:………………………………………  Điện thoại liên lạc:………………………………………… Email:…………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Chữ ký | | | | | | | | | 22. Dạng báo cáo: Lần đầu 🞎 Bổ sung 🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23. Ngày báo cáo:……/…..…/………. | | | | | | | |