

<b>FORMULIR MONITORING EFEK SAMPING OBAT</b>		<b>Kode Sumber Data</b>	
<b>Nama Pasien :</b>	<b>Umur :</b>	<b>Berat Badan :</b>	<b>Diagnosa :</b>
<b>Alamat :</b>			
<b>Kelamin (beri tanda X)</b>  <b>Pria :</b> <input type="checkbox"/>  <b>Wanita :</b> <input type="checkbox"/>  <b>Hamil .....</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak Hamil</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak Tahu</b> <input type="checkbox"/>	<b>Penyakit Utama :</b>          	<b>Kesudahan Penyakit Utama (beri tanda X)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Sembuh</b> <input type="checkbox"/> <b>Meninggal</b> <input type="checkbox"/> <b>Sembuh dengan gejala sisa belum sembuh</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak tahu</b>	
	<b>Penyakit / kondisi lain yang menyertai (beri tanda X) :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <b>Gangguan Ginjal</b>  <input type="checkbox"/> <b>Gangguan Hati</b>  <input type="checkbox"/> <b>Alergi</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> <b>Kondisi medis lainnya</b>  <input type="checkbox"/> <b>Faktor industri, pertanian, kimia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Lain - lain</b> </div> </div>		

### EFEK SAMPING OBAT (ESO)

<b>Bentuk / manifestasi E.S.O ynag terjadi :</b>	<b>Saat / tanggal mula terjadi</b>	<b>Kesudahan E.S.O (beri tanda X)</b> Tanggal : ..... <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Sembuh dengan gejala sisa <input type="checkbox"/> Belum sembuh <input type="checkbox"/> Tidak tahu
<b>Riwayat E.S.O yang pernah dialami</b>		

**OBAT YANG DIGUNAKAN**

Nama (Nama Dagang / Nama Generik/Pabrik/IF}	Bentuk Sediaan	No. Bets	Beritanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				Indikasi penggunaan
				Cara	Dosis/Waktu	Tgl. mula	Tgl. akhir	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

<b>Keterangan tambahan (misalnya : kecepatan timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)</b>	
<b>Data Laboratorium (bila ada)</b>	<b>....., tgl .....</b> <b>Tanda Tangan Pelapor</b>
<b>Tanggal pemeriksaan</b>	