

<b>FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT</b>					<b>Kode Sumber Data :</b>			
<b>PENDERITA</b>								
<b>Nama (Singkatan)</b> .....	<b>Umur :</b> .....	<b>Suku :</b> .....	<b>Berat Badan:</b> .....	<b>Pekerjaan :</b> .....				
<b>Kelamin (Beri Tanda X)</b> Pria..... <input type="checkbox"/> Wanita..... <input type="checkbox"/> Hamil..... <input type="checkbox"/> Tidak Hamil..... <input type="checkbox"/> Tidak Tahu..... <input type="checkbox"/>	<b>Penyakit Utama :</b>  		<b>Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :</b> <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>Penyakit/Kondisi lain yang menyertai :</b> <input type="checkbox"/> Alergi <input type="checkbox"/> Kondisi medis lainnya <input type="checkbox"/> Gangguan hati <input type="checkbox"/> Faktor industri, Pertanian, Kimia <input type="checkbox"/> Gangguan ginjal <input type="checkbox"/> Lain-lain							
<b>EFEK SAMPING OBAT (E.S.O)</b>								
<b>Bentuk/manifestasi ESO yang terjadi :</b>  		<b>Saat/Tanggal mulai terjadi :</b>  		<b>Kesudahan ESO(beri tanda X):</b> <b>Tanggal : .....</b> <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>								
<b>OBAT</b>								
Nama obat (nama dagang/ Pabrik/Generik)	Bentuk Sediaan	No. Bets	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				Indikasi Penggunaan
				Cara	Dosis waktu	Tgl Mulai	Tgl Akhir	
1.....								
2.....								
3.....								
4.....								
5.....								
6.....								
7.....								
Keterangan tambahan (misalnya : kecepatan timbulnya Efek samping Obat, rekasi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)				<b>Data Laboratorium (bila ada)</b>  				
				<b>Tgl. Pemeriksaan :</b> Bekasi,.....20.....  (.....) Pelapor				

