



FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT

Bismillahirrahmanirrohim

PASIEH		
Nama : Tgl. Lahir: NRM : L / P (hamil / tidak hamil / tidak tahu) Suku : Berat badan :kg Pekerjaan :	Penyakit utama:	Kesudahan (beri tanda X): <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
	Penyakit/kondisi lain yang menyertai: <input type="checkbox"/> Gangguan ginjal <input type="checkbox"/> Gangguan hati <input type="checkbox"/> Kondisi medis lainnya <input type="checkbox"/> Alergi <input type="checkbox"/> Faktor industri, pertanian, kimia <input type="checkbox"/> Lain-lain	

EFEK SAMPING OBAT(E.S.O.)	
Saat/tanggal mulai terjadi :	Kesudahan E.S.O (beri tanda X):
Bentuk/manifestasi E.S.O. yang terjadi:	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
Data laboratorium (jika ada):	Reaksi E.S.O. yang pernah dialami:
Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi reaksi E.S.O :	

OBAT							
Nama (Nama dagang /Pabrik)	Bentuk sediaan	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				Indikasi Penggunaan
			Rute	Dosis/waktu	Tanggal Mulai	Tanggal Akhir	

PELAPOR	
Nama <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> Farmasis, / /
Asal Ruangan/ Poliklinik :	(.....)

Alhamdulillahirobbal'alamiin

Kirimkan Formulir yang sudah diisi kepada : Sekretaris Komite Farmasi dan Terapi d/a. Instalasi Farmasi RS