

RM 42

**FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT**

Bismillahirahmanirrohim

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PASIEN** | | | |
|  | Penyakit utama: | Kesudahan (beri tanda X): | |
| Nama : …………………………. |  | * Sembuh | |
| Tgl. Lahir: …………………………… |  | * Meninggal | |
| NRM : …………………………. |  | * Sembuh dengan gejala sisa | |
| L / P  (hamil / tidak hamil / tidak tahu) |  | * Belum sembuh | |
|  | * Tidak tahu | |
| Suku : ………………………….. | Penyakit/kondisi lain yang menyertai: | | |
| Berat badan : ………………..kg | * Gangguan ginjal | | * Gangguan hati |
| Pekerjaan : …………………… | * Kondisi medis lainnya | | * Alergi |
|  | * Faktor industri,pertanian,kimia | | * 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 |
| ……….......................................................................... | * Sembuh |
| ……….......................................................................... | * Meninggal |
| ……….......................................................................... | * Sembuh dengan gejala sisa |
| ……….......................................................................... | * Belum sembuh |
| ……….......................................................................... | * 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 | | | | | | | | Indkasi Penggunaan |
| Rute | | Dosis/waktu | | Tanggal Mulai | | Tanggal Akhir | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **PELAPOR** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| Nama |  | |  | | ……………………….., …./..…/……….. | | | | | | | | | |
| * Dokter | * Perawat | | * Farmasis | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Asal Ruangan/ Poliklinik : …………………………… | | | | | (………………………………) | | | | | | | | | |
| Alhamdulillahirrobbal’alamiin | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Kirimkan Formulir yang sudah diisi kepada : Sekretaris Komite Farmasi dan Terapi d/a. Instalasi Farmasi RS | | | | | | | | | | | | | | |