

**PENDERITA**

<b>Nama (Singkatan) :</b> .....	<b>Umur :</b> .....	<b>Suku :</b> .....	<b>Berat Badan :</b> .....	<b>Pekerjaan :</b> .....
<b>Kelamin (beri tanda X) :</b>		<b>Penyakit Utama :</b>		<b>Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :</b>
Pria..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Sembuh
Wanita : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Meninggal
Hamil..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Sembuh dengan gejala sisa
Tidak hamil..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Belum sembuh
Tidak tahu..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Tidak Tahu
		<b>Penyakit / Kondisi lain yang menyertai (beri tanda X) :</b>		
		<input type="checkbox"/> Gangguan Ginjal	<input type="checkbox"/> Kondisi medis lainnya	
		<input type="checkbox"/> Gangguan Hati	<input type="checkbox"/> Faktor Industri, pertanian, kimia.	
		<input type="checkbox"/> Alergi	<input type="checkbox"/> Lain-lain :	

**EFEK SAMPING OBAT (ESO)**

<b>Bentuk / Manifestasi ESO yang Terjadi / Keluhan Lain Termasuk Mutu :</b>	<b>Saat/Tanggal Mula Terjadi :</b>	<b>Kesudahan ESO (beri tanda X) : 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

**Riwayat ESO yang Pernah Dialami :**

**OBAT**

Nama (Nama Dagang>Nama Generik/Pabrik/IF)	Bentuk Sediaan	No. Bets	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberiaan				Indikasi penggunaan
				Cara	Dosis/Waktu	Tgl. Mula	Tgl. akhir	
1. ....	.....	.....	.....					
2. ....	.....	.....	.....					
3. ....	.....	.....	.....					
4. ....	.....	.....	.....					
5. ....	.....	.....	.....					
6. ....	.....	.....	.....					
7. ....	.....	.....	.....					
8. ....	.....	.....	.....					
9. ....	.....	.....	.....					
10. ....	.....	.....	.....					

**Keterangan Tambahan** (misalnya : kecepatan timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)

**Data Laboratorium** (bila ada).

**Tgl. Pemeriksaan :**

....., tgl.....20....  
Tanda Tangan Pelapor

(.....)

