

PENDERITA

Nama (Singkatan) :	Umur :	Suku :	Berat Badan :	Pekerjaan :
Kelamin (beri tanda X) :		Penyakit Utama :		Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :
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
		Penyakit / Kondisi lain yang menyertai (beri tanda X) :		
		<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)

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

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

(.....)

