

FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT Kode Sumber Data :

PENDERITA

Nama (singkatan)	Umur :	Suku :	Berat Badan :	Pekerjaan :
Kelamin (beri tanda X) : Pria..... <input type="checkbox"/> Wanita : <input type="checkbox"/> Hamil <input type="checkbox"/> Tidak hamil <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/>		Penyakit Utama : 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 dan lain-lain. <input type="checkbox"/> Alergi.		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.

EFEK SAMPING OBAT (E.S.O)

Bentuk/manifestasi E.S.O. yang terjadi :	Saat/Tanggal mula terjadi :	Kesudahan E.S.O. (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 E.S.O. yang pernah dialami :

OBAT

Nama (Nama Dagang/Pabrik)	Bentuk sediaan	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				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, (.....)
---	---

RAHASIA

MONITORING EFEK SAMPING OBAT NASIONAL

KIRIMAN BALASAN
Izin KP-II Jakarta Timur No. 14/Kirbal/Jat/2010

KIRIM
TANPA
PERANGKO

KEPADA
PT. POS INDONESIA (PERSERO)
KEPALA KANTOR POS
JAKARTA 13000

Untuk diserahkan kepada :
PUSAT MESO NASIONAL
Direktorat Pengawasan Distribusi
Produk Terapeutik & PKRT
Badan Pengawas Obat dan Makanan RI
Jl. Percetakan Negara No. 23. Kotak Pos No. 143 Jakarta 10560
Telp. : (021) 424 5459, 424 4755 ext. 111
Fax. : (021) 424 3605, 4288 3485
e-mail : ditwas_dist_ptpkrt@pom.go.id
Indonesia-MESO-BadanPOM@hotmail.com

PENGIRIM :

Nama :

Keahlian :

Alamat :

Nomor Telepon :

PENJELASAN :

1. Monitoring Efek Samping Obat (MESO) yang dilakukan di Indonesia, bekerja sama dengan W.H.O. Collaborating Centre for International Drug Monitoring, yang dimaksudkan untuk memonitor semua efek samping obat yang dijumpai pada penggunaan obat.
2. Hasil evaluasi dari semua informasi yang terkumpul akan digunakan sebagai bahan untuk melakukan pengkajian lebih lanjut termasuk langkah tindak lanjut regulatori yang diperlukan.
3. Umpan balik akan dikirimkan kepada pelapor.

FORMULIR LAPORAN EFEK SAMPING OBAT

PENDERITA

Nama / No RM	Umur :	Suku :	Berat badan :	Pekerjaan:
Kelamin (beri tanda x) Pria <input type="checkbox"/> Wanita : <input type="checkbox"/> Hamil <input type="checkbox"/> Tidak Hamil <input type="checkbox"/> Tidak Tahu <input type="checkbox"/>		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 (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 dan lain-lain <input type="checkbox"/> Alergi		

EFEK SAMPING OBAT (ESO)

Bentuk/manifestasi ES yang terjadi	Saat / tanggal mula terjadi :	Kesudahan ESO (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
Riwayat ESO yang pernah dialami :		

OBAT

Nama (Nama Dagang/Pabrik)	Bentuk Sediaan	Beri tanda (x) untuk obat yg dicurigai	Pemberian				Indikasi Penggunaan
			Cara	Dosis Waktu	Tgl mula	Tgl Akhir	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Keterangan tambahan : (misalnya : kecepatan timbulnya ESO, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO dan lain-lain)	Data Laboratorium (bila ada)
	Tgl Pemeriksaan : Solok,20 Tanda Tangan Pelapor (.....)