



(Phiếu báo cáo biến cố bất lợi (AE) của phác đồ chứa thuốc mới dolutegravir theo chương trình giám sát tích cực)

Thông tin về người báo cáo, bệnh nhân và đơn vị báo cáo sẽ được bảo mật

Tên cơ sở điều trị: Mã báo cáo của đơn vị: Mã báo cáo của Trung tâm ADR:		Mã số của bệnh nhân: Ngày sinh: _____ Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Cân nặng: _____ (kg) Chiều cao: _____ (cm) Mang thai: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết	
CÁC THUỐC SỬ DỤNG TẠI THỜI ĐIỂM XUẤT HIỆN BIẾN CỐ			
Thuốc ARV	Liều dùng	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
Thuốc dùng đồng thời	Liều dùng	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
BIẾN CỐ BẤT LỢI/ ĐỘC TÍNH			
Ngày bắt đầu xuất hiện AE:		Ngày kết thúc (nếu có):	
Rối loạn thần kinh trung ương		Độc tính trên gan	
Ác mộng	Tăng AST (KQ xét nghiệm: _____)		
Lo lắng	Tăng ALT (KQ xét nghiệm: _____)		
Lú lẫn hoặc hoang tưởng	Vàng da, vàng mắt		
Trầm cảm	Khác (ghi rõ): _____		
Tâm lý thay đổi thất thường			
Chóng mặt hoặc cảm giác quay cuồng			
Mệt mỏi	Độc tính trên thận		
Mất ngủ hoặc rối loạn giấc ngủ	Tăng creatinin (KQ xét nghiệm: _____)		
Giảm tập trung hoặc giảm trí nhớ	Khác (ghi rõ): _____		
Dị cảm: đau ngứa, rát, kiến bò			
Có ý định tự tử			
Khác (ghi rõ): _____	Dị ứng/quá mẫn:		
Biến cố bất lợi khác (ghi rõ):			
Xử trí AE:			
Giảm liều (ghi rõ)			
Ngừng thuốc (ghi rõ)			
Đổi phác đồ: Phác đồ mới:		Ngày đổi phác đồ:	
Dùng các thuốc khác để xử trí phản ứng (ghi rõ):			
Khác (ghi rõ)			
Mức độ nghiêm trọng của biến cố			
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Nhập viện/kéo dài thời gian nằm viện	<input type="checkbox"/> Dị tật thai nhi	
<input type="checkbox"/> Đe dọa tính mạng	<input type="checkbox"/> Để lại dị tật/tổn thương vĩnh viễn	<input type="checkbox"/> Không nghiêm trọng	
Kết quả sau khi xử trí			
<input type="checkbox"/> Tử vong do AE (ngày: _____)	<input type="checkbox"/> Chưa hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục có để lại di chứng	<input type="checkbox"/> Không rõ
<input type="checkbox"/> Tử vong không liên quan đến thuốc	<input type="checkbox"/> Đang hồi phục	<input type="checkbox"/> Hồi phục không để lại di chứng	
Người báo cáo:		Chức vụ:	
Email:		Điện thoại:	
Chữ ký:		Ngày báo cáo:	