

Khoảng QT (ms)	
Khoảng QTcF (ms)	
Nhịp tim	

Đo thính lực	Tai trái:	Tai phải:
Đo thị lực	Mắt trái:	Mắt phải:
Khác		

D. THUỐC ĐIỀU TRỊ LAO

Tên thuốc	Liều hàng ngày (mg)	Ngày/tuần	Ngày bắt đầu

E. TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (trong vòng 30 ngày gần đây) và THUỐC DÙNG KÈM

Thuốc (tên thuốc, liều dùng, đường dùng)	Đang dùng
1.	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>

F. CÁC BIẾN CỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE (trong vòng 30 ngày gần đây)

Mô tả đặc điểm biến cố	Thông tin về biến cố
1.	Biến cố còn tồn tại: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày xuất hiện: ___ / ___ / ___
2.	Biến cố còn tồn tại: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày xuất hiện: ___ / ___ / ___

Ngày báo cáo ___ / ___ / ___	Người báo cáo (ký và ghi rõ họ tên)
--	---

Có thể sử dụng nhiều MẪU 1 nếu bệnh nhân có nhiều thuốc dùng kèm hoặc nhiều biến cố