



# BẢO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO, BỆNH NHÂN VÀ ĐƠN VỊ BÁO CÁO SẼ ĐƯỢC BẢO MẬT

PDF FORM

Nơi báo cáo: BVCK. 27 Tháng 2. Sóc Trăng  
Mã số báo cáo của đơn vị: 2408/BCADR  
Mã số báo cáo (do Trung tâm quốc gia quản lý):

Xin anh/chị hãy báo cáo kể cả khi không chắc chắn về sản phẩm đã gây ra phản ứng và/hoặc không có đầy đủ các thông tin

## A. THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

1. Họ và tên: Lê Minh Thành  
2. Ngày sinh: 10/10/1970  
3. Giới tính: ☒ Nam ☐ Nữ  
4. Cân nặng: 68 kg

## B. THÔNG TIN VỀ PHẢN ỨNG CÓ HẠI (ADR)

5. Ngày-xuất hiện phản ứng: 07/18/2024  
6. Phản ứng xuất hiện sau bao lâu (tính từ lần dùng cuối cùng của thuốc nghi ngờ): 01h  
7. Mô tả biểu hiện ADR  
Da: Mảng hồng ban sẫm màu giới hạn rõ, một số vị trí trung tâm có bóng nước chứa dịch trong, căng rộp rộp toàn thân, chưa có ổ mủ mưng mủ, sinh dục.  
8. Các xét nghiệm liên quan đến phản ứng  
9. Tiền sử (dị ứng, thai nghén, nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bệnh gan, bệnh thận...)  
dị ứng nhiều lần  
10. Cách xử trí phản ứng  
- kháng histamin  
- corticoid  
- Thuốc thoa  
11. Mức độ nghiêm trọng của phản ứng  
☐ Tử vong  
☐ Đe dọa tính mạng  
☒ Nhập viện/Kéo dài thời gian nằm viện  
☐ Tàn tật vĩnh viễn/nặng nề  
☐ Dị tật thai nhi  
☐ Không nghiêm trọng  
12. Kết quả sau khi xử trí phản ứng  
☐ Tử vong do ADR  
☐ Tử vong không liên quan đến thuốc  
☐ Chưa hồi phục  
☐ Đang hồi phục  
☐ Hồi phục có di chứng  
☒ Hồi phục không có di chứng  
☐ Không rõ

## C. THÔNG TIN VỀ THUỐC NGHI NGỜ GÂY ADR

STT	13. Thuốc (tên gốc và tên thương mại)	Dạng bào chế, hàm lượng	Nhà sản xuất	Số lô	Liều dùng một lần	Số lần dùng trong ngày/tuần/tháng	Đường dùng	Ngày điều trị (Ngày/tháng/năm)		Lý do dùng thuốc
								Bắt đầu	Kết thúc	
i	Celecoxib	viên nang 400 mg	Hasam Pharm		1 viên	2 lần	uống	07/18/24	07/18/24	Hàm ruột
ii										
iii										
iv										

STT (Tương ứng 13.)	14. Sau khi ngừng/giảm liều của thuốc bị nghi ngờ, phản ứng có được cải thiện không?				15. Tái sử dụng thuốc bị nghi ngờ có xuất hiện lại phản ứng không?			
	Có	Không	Không ngừng/giảm liều	Không có thông tin	Có	Không	Không tái sử dụng	Không có thông tin
i	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. Các thuốc dùng đồng thời (Ngoại trừ các thuốc dùng điều trị/ khắc phục hậu quả của ADR)

Tên thuốc	Dạng bào chế, hàm lượng	Ngày điều trị (ngày/tháng/năm) Bắt đầu	Kết thúc	Tên thuốc	Dạng bào chế, hàm lượng	Ngày điều trị (ngày/tháng/năm) Bắt đầu	Kết thúc
Glucosamin	500mg	07/18/24	07/18/24				
Acgiconid	8mg	07/18/24	07/18/24				



**D. PHẢN THẨM ĐỊNH ADR CỦA ĐƠN VỊ**

17. Đánh giá mối liên quan giữa thuốc và ADR

- ☐ Chắc chắn  
☒ Có khả năng  
☐ Có thể

- ☐ Không chắc chắn  
☐ Chưa phân loại  
☐ Không thể phân loại

☐ Khác : .....

18. Đơn vị thẩm định ADR theo thang nào?

☒ Thang WHO☐ Thang Naranjo☐ Thang khác: .....

19. Phản bình luận của cán bộ y tế (nếu có)

**E. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BÁO CÁO**20. Họ và tên: Ông. Trần Hải LinhNghề nghiệp/Chức vụ: Được y. 7. Nhân viênĐiện thoại liên lạc: 0983.499.711Email: ds.linh.st. (a.g.muel.com)21. Chữ ký Mu

22. Dạng báo cáo:

☒ Lần đầu/ ☐ Bổ sung23. Ngày báo cáo: 14/18/2024

Xin chân thành cảm ơn!

**HƯỚNG DẪN LÀM BÁO CÁO**

Xin hãy báo cáo tất cả các phản ứng có hại mà anh/chị nghi ngờ, đặc biệt khi:

- Các phản ứng liên quan tới thuốc mới
- Các phản ứng không mong muốn hoặc chưa được biết đến
- Các phản ứng nghiêm trọng
- Tương tác thuốc
- Thất bại trong điều trị
- Các vấn đề về chất lượng thuốc
- Các sai sót trong quá trình sử dụng thuốc.

Mẫu báo cáo này được áp dụng cho các phản ứng gây ra bởi:

- Thuốc và các chế phẩm sinh học
- Vắc xin
- Các thuốc cổ truyền hoặc thuốc có nguồn gốc dược liệu
- Thực phẩm chức năng.

Người báo cáo có thể là:

- Bác sĩ
- Dược sĩ
- Nha sĩ
- Y tá/ điều dưỡng/nữ hộ sinh
- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Cách báo cáo:

- Điền thông tin vào mẫu báo cáo
- Chỉ cần điền những phần anh/chị có thông tin
- Có thể đính kèm thêm một vài trang (nếu mẫu báo cáo không đủ khoảng trống để điền thông tin hay có những xét nghiệm liên quan).
- Xin hãy gửi báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo các địa chỉ sau:



Thư: Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc

Trường Đại học Dược Hà Nội

13-15 Lê Thánh Tông, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội



Fax: 024 3933.5642



Điện thoại: 024 3933.5618

Website: <http://canhgiacduoc.org.vn>Email: [di.pvcenter@gmail.com](mailto:di.pvcenter@gmail.com)

Anh/chị có thể lấy mẫu báo cáo này tại khoa Dược, phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện hoặc tải từ trang web <http://canhgiacduoc.org.vn>. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, anh/chị có thể liên hệ với Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo số điện thoại 024 3933 5618 hoặc theo địa chỉ email [di.pvcenter@gmail.com](mailto:di.pvcenter@gmail.com).

**Phần dành cho Trung tâm DI & ADR Quốc gia**

1. Gửi xác nhận tới đơn vị báo cáo		3. Phản ứng đã có trong y văn/ SPC/ CSDL	
2. Phân loại phản ứng		4. Nhập dữ liệu vào hệ cơ sở dữ liệu quốc gia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Thuốc mới</li> <li>Nghiêm trọng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thuốc cũ</li> <li>Không nghiêm trọng</li> </ul>	5. Nhập dữ liệu vào phần mềm Vigiflow	
6. Mức độ nghiêm trọng của phản ứng			
Đe dọa tính mạng/ gây tử vong		Nhập viện/ kéo dài thời gian nằm viện	
		Gây dị tật/ tàn tật	
		Liên quan tới lạm dụng/ phụ thuộc thuốc	
7. Gửi báo cáo tới hội đồng thẩm định		Ngày gửi	
8. Gửi báo cáo cho UMC		Ngày gửi	
9. Kết quả thẩm định			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chắc chắn</li> <li>Có khả năng</li> <li>Có thể</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Không chắc chắn</li> <li>Chưa phân loại</li> <li>Không thể phân loại</li> </ul>	
Khác: .....			
10. Người quản lý báo cáo		11. Ngày: .....	12. Chữ ký