

Cq Direktorat Pengawasan Obat  
 Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan  
 Departemen Kesehatan R.I.  
 Jl. Percetakan Negara 23, Kotak Pos No. 143, Telp. 415459  
**JAKARTA PUSAT**

**PENGIRIM:**

Nama :  
 Keahlian :  
 Alamat :  
 Nomor Telepon :

**PENJELASAN:**

1. Monitoring Efek Samping Obat (MESO) bekerja sama dengan W.H.O. Adverse Reaction Centre (W.H.O. Centre) 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 penilaian kembali obat yang beredar serta untuk melakukan tindakan pengamanan atau penyesuaian yang diperlukan.
3. Umpan balik akan dikirimkan kepada pelapor.

**PENDERITA**

Nama (singkatan):	Umur:	Suku:	Berat badan:	Pekerjaan:
Kelamin (beri tanda X):		Penyakit utama:		Kesudahan (beri tanda X):
Pria ..... <input type="checkbox"/>	Wanita: <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Sembuh
Hamil ..... <input type="checkbox"/>	Tidak hamil ..... <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Meninggal
Tidak tahu ..... <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Sembuh dengan gejala sisa
				<input type="checkbox"/> Belum sembuh
		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 (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 Umbulnya Efek Samping Obat, apakah efek samping yang timbul diobati)

Data Laboratorium (bila ada).

Tgl.....19...  
 Tanda Tangan pelapor

(.....)