

Form Keluhan Produk Infus Sanbe Farma

Data Pasien		
Nama (atau inisial) pasien :		
Jenis kelamin : Pria / Wanita *	Status kehamilan : Hamil / Tidak Hamil / Tidak Tahu *	
Tinggi badan :	Berat badan :	
Diagnosa penyakit :		
Keluhan		
Tanggal mulai terjadinya keluhan :	Tanggal akhir terjadinya keluhan :	
Jam :	Jam :	
Bentuk keluhan yang terjadi :		
Kesudahan efek samping : Sembuh / Sembuh dengan gejala sisa / Belum sembuh / Meninggal *		
Informasi Produk		
Nama produk :	No. Bets :	
Dosis : mL/hari	Kecepatan tetes : tpm	Lama pemberian : hari
Obat yang ditambahkan pada produk infus :		
Data Pelapor		
Profesi :		
Nama (atau inisial) pelapor :		
No telepon pelapor :	Email pelapor :	
Alamat pelapor:		
Tanggal :		
Tanda tangan pelapor :		

*) Coret yang tidak perlu.