

ЭМИЙН ГАЖ НӨЛӨӨГ МЭДЭЭЛЭХ ХУУДАС

I. Эмчлүүлэгчийн мэдээлэл					
Эмчлүүлэгчийн овог, нэр:					
Төрсөн он, сар, өдөр	Нас: Хүйс:				
Биеийн жин	Өндөр				
Өвчтөний онцлог: <input type="checkbox"/> Жирэмсэн <input type="checkbox"/> Хөхүүл <input type="checkbox"/> Бусад					
Урьд өмнө гаж нөлөө илэрч байсан эмийн нэр: <input type="checkbox"/> Үгүй					
II. Гаж нөлөө үзүүлсэн эмийн мэдээлэл					
Гаж нөлөө үзүүлсэн эмийн олон улсын нэршил					
Худалдааны нэршил	Савлалтын тун Хүчинтэй хугацаа				
Эм үйлдвэрлэгчийн нэр	Улс Цувралын дугаар:				
Эмийн хэлбэр: <input type="checkbox"/> шахмал <input type="checkbox"/> капсул <input type="checkbox"/> тарилга <input type="checkbox"/> судсаар сэлбэх шингэн <input type="checkbox"/> бусад:					
Эм хэрэглэж эхэлсэн ... он ... сар .. өдөр ... цаг	Эм хэрэглэхийг зогсоосон ... он ... сар ... өдөр ... цаг				
Үндсэн онош:					
Эм хэрэглэсэн заалт:					
Нэг удаа хэрэглэсэн тун	Хоногт хэрэглэсэн тун				
III. Гаж нөлөөний мэдээлэл:					
Гаж нөлөө эхэлсэн ... он ... сар ... өдөр ... цаг ... минут					
Илэрсэн гаж нөлөөний хэлбэр:					
<input type="checkbox"/> Бөөлжих	<input type="checkbox"/> Дотор муухайрах	<input type="checkbox"/> Гүйлгэх	<input type="checkbox"/> Хэвлийгээр өвдөх	<input type="checkbox"/> Загатнах	<input type="checkbox"/> Арьсны тууралт
<input type="checkbox"/> Толгой өвдөх	<input type="checkbox"/> Толгой эргэх, ухаан алдах	<input type="checkbox"/> Нойргүйдэх	<input type="checkbox"/> Цус алдалт	<input type="checkbox"/> Анафилакси	<input type="checkbox"/> Амьсгал давчдах
<input type="checkbox"/> Зүрх дэлсэх	<input type="checkbox"/> Арьс, салст шарлах	<input type="checkbox"/> Шээсний гарц, өнгөний өөрчлөлт	<input type="checkbox"/> Нүүр, уруул, хэл хавагнах	<input type="checkbox"/> Гар, хөл бадайрах	<input type="checkbox"/> Уналт, таталт
Илэрсэн гаж нөлөөний шинж тэмдгийг дэлгэрэнгүй бичнэ үү!					
Гаж нөлөө илэрсэн үед авсан арга хэмжээ:					
<input type="checkbox"/> Эмийн хэрэглээг зогсоосон	<input type="checkbox"/> Эмийн тунг багасгасан	<input type="checkbox"/> Эмийг сольсон	<input type="checkbox"/> Антidot хэрэглэсэн (нэр, тунг бичнэ үү!)		
Гаж нөлөө илэрсэн эмийн хэрэглээг зогсооход гарсан өөрчлөлт:					
<input type="checkbox"/> Шинж тэмдэг арилсан	<input type="checkbox"/> Шинж тэмдэг үргэлжилж байгаа	<input type="checkbox"/> Шинж тэмдэг даамжирсан			

