indofarma	Pelaporan Spontan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)	No : F-PM-08-01 Revisi : 00 Berlaku : 03 Des 2018
	RAHASIA	Hal. : 1/1

Formulir I *(diisi oleh pelapor)*

Nomor Laporan : _____ *(diisi oleh Bidang Pemastian Mutu)*

A. Pasien

Nama / Inisial : _____ ☐ Laki-laki

Usia : _____ ☐ Wanita

B. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) *(Deskripsi kejadian/ efek samping obat yang dialami oleh pasien terkait penggunaan obat)*

Tanggal kejadian :

C. Konsumsi/ Penggunaan Obat *(Deskripsi penggunaan obat oleh pasien)*

D. Pelapor

Tanggal Lapor :

Nama / Inisial :

No. Telepon :

e-mail :

Tandatangan

_____

Dengan ini Saya menyatakan bahwa data tersebut diatas adalah benar, dan Saya bersedia untuk di hubungi oleh PT Indofarma (Persero) Tbk terkait data tersebut.

Diterima Penanggung Jawab PV

Tanggal :

PT Indofarma (Persero) Tbk.
Jl. Indofarma No. 1 Cikarang Barat, Bekasi 17530
No. Telepon : 021-88323971 / 021-88323975
No. HP : 085353335597
No. Fax : 021-88323972 / 021-88323973
e-mail : pv.indofarma@gmail.com

Tandatangan

_____