



# ແບບຟອມການລາຍງານການຕິດຕາມຜົນສະທ້ອນຂອງການນຳໃຊ້ຢາ

## ADR FORM

### I ລາຍລະອຽດຂອງຄົນເຈັບ

ຊື່ແລະນາມສະກຸນຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ເລກລຳດັບຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  OPD  IPD  
 ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ອາຍຸ: \_\_\_\_\_ ລວງສູງ: \_\_\_\_\_ ນ້ຳໜັກ: \_\_\_\_\_ ເພດ:  ຊາຍ  ຍິງ

### II ລາຍລະອຽດຜົນສະທ້ອນຂອງຢາ

ວັນທີເດືອນປີເກີດຜົນສະທ້ອນ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ຜົນໄດ້ຮັບ:  ອາການດີຂຶ້ນ (ວັນ, ເດືອນ, ປີ): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ບໍ່ດີຂຶ້ນເທື່ອ:  
  ເສຍຊີວິດ (ວັນ, ເດືອນ, ປີ): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ບໍ່ຮູ້ຈັກ:

ອະທິບາຍອາການຜົນສະທ້ອນຂອງຢາ:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ຢາທີ່ສົງໄສ (ຈົ່ງລະບຸຊື່ການຄ້າຖ້າທ່ານຮູ້. ສຳລັບວັກແຊງຈົ່ງບອກຊຸດຜະລິດ)	ຮູບແບບຢາ	ຄວາມຖີ່ ໃນການໃຫ້ຢາ	ເສັ້ນທາງ ການໃຫ້ຢາ	ວັນເດືອນປີ ເລີ່ມຕົ້ນໃຫ້ຢາ	ວັນເດືອນປີ ຢຸດນຳໃຊ້ຢາ	ຂໍ້ບົ່ງໃຊ້ໃນການໃຊ້ຢາ
1.						
2.						
3.						
ຢາອື່ນໆ (ລວມທັງ: ຢາເສີມ ທີ່ກິນໃນເວລາດຽວກັນ ແລະ/ຫຼື 3 ເດືອນກ່ອນໜ້ານີ້)						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆ: ຕົວຢ່າງ. ປະຫວັດການປິ່ນປົວ, ແພ້ຢາ, ຖືພາ, ສຸຍຢາ, ກິນເຫຼົ້າ, ຖ້າໄດ້ມີການກວດຜ່ານຫ້ອງ Lab ກະລຸນາຕິດຄັດຜົນຈາກຫ້ອງທົດລອງມາພ້ອມ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### III ການຄຸ້ມຄອງຜົນສະທ້ອນຂອງຢາ

ນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ (ຕິດຕາມຜົນສະທ້ອນຈາກຢາ):  ນອນ  ບໍ່ນອນ  
 ທ່ານເຫັນວ່າຜົນສະທ້ອນດັ່ງກ່າວຮ້າຍແຮງບໍ່?  ຮ້າຍແຮງ  ບໍ່ຮ້າຍແຮງ  
 ຖ້າຮ້າຍແຮງ, ຈົ່ງລະບຸໃຫ້ເຫັນເປັນຍ້ອນຫຍັງຈົ່ງຖືວ່າເປັນຜົນສະທ້ອນອັນຮ້າຍແຮງ  
 ຄົນເຈັບເສຍຊີວິດຍ້ອນຜົນສະທ້ອນ  ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍແກ່ຍາວ  
 ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ  ຜິດປົກກະຕິມາແຕ່ກຳເນີດ  
 ພິການຊົ່ວຄາວ/ຖາວອນ  ມີອາການອື່ນໆ, ຈົ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດ: \_\_\_\_\_

### ຄຳເຫັນຂອງທ່ານ

ໝໍ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### IV ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ລາຍງານ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ: \_\_\_\_\_ ທີ່ໂຮງໝໍ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ຕຳແໜ່ງ: \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ເບີໂທ: \_\_\_\_\_ ອີເມວ: \_\_\_\_\_ ເລກທີ: □□□□□□/\_\_\_\_\_  
 ລາຍເຊັນ: \_\_\_\_\_ ຢັ້ງຢືນຄະນະຮັບຜິດຊອບ: \_\_\_\_\_

## ຄໍາອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມ

### ➤ ການຮັກສາຄວາມລັບ

ຂໍ້ມູນທີ່ພົວພັນເຖິງຜູ້ລາຍງານ ແລະ ຄົນເຈັບ ຈະຖືກຮັກສາເປັນຄວາມລັບ.

### ➤ ສິ່ງທີ່ຈະລາຍງານ

ຜົນສະທ້ອນທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາ ແມ່ນໝາຍເຖິງຜົນສະທ້ອນທີ່ເປັນອັນຕະລາຍ ແລະ ບໍ່ຕັ້ງໃຈ, ແລະ ຜົນສະທ້ອນທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນປະລິມານຢາທີ່ໃຊ້ປົກກະຕິໃນຄົນ ສໍາລັບ ປ້ອງກັນ, ບົ່ງມະຕິ ແລະ ປິ່ນປົວ ພະຍາດ, ຫຼື ສໍາລັບດັດແກ້ໜ້າທີ່ການຂອງຮ່າງກາຍ.

ກົມອາຫານ ແລະ ຢາ ສົ່ງເສີມໃຫ້ມີການລາຍງານ ກ່ຽວກັບ ຜົນສະທ້ອນທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາທີ່ສົ່ງໄສຈາກຢາ ແລະ ສານເຄມີທີ່ເປັນຢາ (ລວມເຖິງ ການປິ່ນປົວດ້ວຍຕົ້ນໄມ້ທີ່ເປັນຢາ, ຢາພື້ນເພືອງ ຫຼື ວິທີການຮັກສາຈາກວິທີການຕ່າງໆ):

1. ຜົນສະທ້ອນທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາທີ່ຮ້າຍແຮງຕ່າງໆ ເຊິ່ງ:
  - ກ. ຂົ່ມຄູ່ຕໍ່ຊີວິດການເປັນຢູ່ ຫຼື ເກີດເສຍຊີວິດ,
  - ຂ. ຄົນເຈັບເຂົ້າປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍແກ່ຍາວ
  - ຄ. ພິການຊົ່ວຄາວ/ສູນເສຍຄວາມສາມາດໃນຊົ່ວຄະນະໃດໜຶ່ງ
  - ງ. ເປັນສາຍເຫດໃຫ້ເດັກເກີດຜິດປົກກະຕິ
  - ຈ. ມີຄວາມສໍາພັນທາງການແພດ
2. ທຸກຜົນສະທ້ອນທີ່ເກີດຈາກຢາທີ່ຈໍລະຈອນຈໍາໜ່າຍ ໃນ ສປປ ລາວ ໃນ 5 ປີຜ່ານມາ, ໂດຍບໍ່ຄໍານຶ່ງເຖິງລັກສະນະທໍາມະຊາດ ແລະ ຄວາມແຮງຂອງມັນ
3. ຢາລັງເລທີ່ຈະລາຍງານ ຍ້ອນຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ບໍ່ຮູ້. ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລາຍງານ ກ່ຽວກັບ ຜົນສະທ້ອນຂອງຢາຜ່ານພະແນກການຢາໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື ຕາມລາຍລະອຽດໃນຫົວຂໍ້ “ວິທີການລາຍງານ” ຂອງຟອມລາຍງານນີ້

### ➤ ວິທີການລາຍງານ

ທ່ານສາມາດສົ່ງ ໜ່ວຍງານເຝົ້າລະວັງຄວາມປອດໄພກົມອາຫານ ແລະ ຢາ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໂດຍ ຜ່ານທາງ:



ໂທລະສານ: (+856 21 214015/213495)



ໂທລະສັບ: (+856 21 214013 - 4)



ອີເມລ: [soulyvanhk@gmail.com](mailto:soulyvanhk@gmail.com)  
[oulaysithfdd@gmail.com](mailto:oulaysithfdd@gmail.com)  
[soulyvanh@fdd.gov.la](mailto:soulyvanh@fdd.gov.la),  
[oulaysith@fdd.gov.la](mailto:oulaysith@fdd.gov.la)



### ➤ ເອກະສານຄັດຕິດ:

ຄັດຕິດເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນທີ່ກ່ຽວກັບການກວດທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຕ່າງໆ (ຕົວຢ່າງ: ຊ່ອງລັງສີ ແລະ ຜົນກວດຕ່າງໆ,...)



ໜ່ວຍງານຄຸ້ມຄອງຜົນສະທ້ອນຂອງຢາ ພະແນກຄຸ້ມຄອງການຢາລັດ ກົມອາຫານ ແລະ ຢາ, ຖະໜົນສີເມືອງ, ບ້ານທາດຂາວ, ເມືອງສີສັດຕະນາກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສ ປປ ລາວ.

ໂທ: +856 21 214013 - 4, ໂທລະສານ: +856 21 214015, <http://www.fdd.gov.la>