

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1.INIZIALI PAZIENTE nomecognome	2.ETA'	3.SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5.ORIGINE ETNICA EUROPEA	CODICE SEGNALAZIONE
6.DESCRIZIONE DELLA REZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI*			7.GRAVITA' DELLA REAZIONE		
*Se il segnalatore è un medico.			<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO		
			<input type="checkbox"/> NON GRAVE		
8.EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e data in cui gli accertamenti sono stati eseguiti		9. ESITO <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL () / () / () <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL () / () / () <input type="checkbox"/> DOVUTO ALLA REAZIONE AVVERSA <input type="checkbox"/> IL FARMACO PUO' AVER CONTRIBUTITO <input type="checkbox"/> NON DOVUTO AL FARMACO <input type="checkbox"/> CAUSA SCONOSCIUTA <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE			
10.AZIONI INTRAPRESE: specificare In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO (I) SOSPETTO(I) nome della specialità medicinale*					
A) 12. LOTTO 13.DOSAGGIO/DIE					
14.VIA DI SOMMINISTRAZIONE 15 DURATA DELL'USO:					
B) 12. LOTTO _____ 13.DOSAGGIO/DIE _____					
14.VIA DI SOMMINISTRAZIONE 15 DURATA DELL'USO:					
C) _____ 12. LOTTO _____ 13.DOSAGGIO/DIE _____					
14.VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15 DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____					
*Nel caso dei vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?		A: SI [] / NO []		B: SI [] / NO [] C: SI [] / NO []	
17.LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE ?		A: SI [] / NO []		B: SI [] / NO [] C: SI [] / NO []	
18.IL FARMACO E' STATO RIPRESO?		A: SI [] / NO []		B: SI [] / NO [] C: SI [] / NO []	
19.SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO ALA RISOMMINISTRAZIONE?		A: SI [] / NO []		B: SI [] / NO [] C: SI [] / NO []	
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO: A. B. C.					
21.FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI ECC. (specificare):					
23.CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE					
24.QUALIFICA DEL SEGNALATORE <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> ALTRO		25.DATI DEL SEGNALATORE NOME E COGNOME : _____ INDIRIZZO: _____ TEL _____ FAX _____ E.MAIL _____			
26.DATA DI COMPILAZIONE		27. FIRMA DEL SEGNALATORE			
28.CODICE ASL		29.FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA			