

Această fișă nu este o simplă hârtie. Aceasta ar putea salva vieți.

Tel.: 3171101
Fax: 3163497

Vă rugăm completați spațiul din chenar cu informații cât mai complete

FIȘĂ PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE

Confidențial

Inițiale pacient/

Bifați caracteristica adecvată

Nr. F.O./Reg. cons.: Sex: Vârstă: Data nașterii: Data apariției reacției: Durata: dacă este cazul:

						Reacția adversă a determinat: <input type="checkbox"/> Decesul pacientului <input type="checkbox"/> Punerea în pericol a vieții pacientului <input type="checkbox"/> Spitalizarea/Prelungirea spitalizării <input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importante sau durabile <input type="checkbox"/> Anomalie/malformație congenitală
Descrierea reacției adverse suspectate:						

Medicamentul(e) suspectat(e) (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, producător):

	Doza zilnică:	Calea de administrare:
	Lot (pt. vaccin): Seria (pt. medicament):	
	Data începerii administrării:	Data opririi administrării:

Pentru ce a/au fost indicat/indicate medicamentul/medicamentele suspectat/suspectate:

--

Alte medicamente(și automedicație): Doza zilnică: Cale de adm.: De la /Până la : Pentru ce a fost indicat:

Tratatamentul reacției adverse:

--

Recuperare după reacția adversă? Completa :

Da	Nu		Da	Nu	Comentați:
----	----	--	----	----	------------

Sechele:

Da	Nu	Comentați:
----	----	------------

S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat? Cum a evoluat reacția adversă suspectată ?

Da	Nu	S-a redus doza?	Comentați:
----	----	-----------------	------------

Reluarea administrării medicamentului suspectat:

Da	Nu	Comentați:
----	----	------------

Alte comentarii (antecedente relevante, alergii, dacă pacientul a mai utilizat în antecedente medicamentul suspectat):

--

Completat de:.....

Specialitatea:.....
Telefon:.....
Data:.....
parafa:.....

Adresa unității sanitare:.....

.....
.....
.....
Semnătura și