

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αρχικά Ασθενούς	Αριθμός Ιστορικού	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	Φύλο
			Kgr	cm	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

2. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (ΑΕ)

Καταγράψτε τη ΔΙΑΓΝΩΣΗ ή τα σημεία & συμπτώματα	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΚΒΑΣΗ
	ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
			Στην στήλη αριστερά, σημειώστε 1 έως 6, ανάλογα με το αν η έκβαση της αντίστοιχης ΑΕ είναι: 1 = Θάνατος 2 = Δεν έχει ακόμη αναρρώσει 3 = Ίαση χωρίς βλάβες 4 = Ίαση με μόνιμες βλάβες 5 = Υπό ανάρρωση 6 = Άγνωστη

Θεωρείτε ότι κάποια από τις παραπάνω ΑΕ είναι σοβαρή; Ναι ΌχιΕάν **ΝΑΙ**, σημειώστε γιατί η ΑΕ θεωρείται σοβαρή (σημειώστε όλα όσα αρμόζουν) :

Πρόκληση Θανάτου <input type="checkbox"/>	Άμεσα Απειλητική για τη Ζωή <input type="checkbox"/>	Πρόκληση ή παράταση νοσηλείας <input type="checkbox"/>	Πρόκληση εμμένουσας ή σημαντικής αναπηρίας ή ανικανότητας <input type="checkbox"/>	Συγγενής Ανωμαλία / Βλάβη κατά τον τοκετό <input type="checkbox"/>	Σημαντικό Ιατρικό Συμβάν <input type="checkbox"/>
Σε περίπτωση θανάτου, αναφέρατε την αιτία: (εφόσον υπάρχει πόρισμα ιατροδικαστή παρακαλούμε επισυνάψτε)				Ημ/νία Θανάτου:	

3. ΦΑΡΜΑΚΑ:

Εμπορική ονομασία / δραστική ουσία	Αριθμός Παρτίδας (Lot No.)	ΟΔΟΣ χορήγησης	ΔΟΣΗ (Μονάδες & Συχνότητα)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
				ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
ΥΠΟΠΤΑ						
ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ						

4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ π.χ. Σχετικό Ιατρικό Ιστορικό (Αλλεργίες, Προηγούμενες ΑΕ, Περιβαλλοντικοί Παράγοντες, Κάπνισμα, Κατάχρηση ουσιών), Πορεία συμπτωμάτων, Εργαστηριακά ευρήματα, Συσχέτιση, Αντιμετώπιση.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο:	Ιδιότητα Αναφέροντος
Διεύθυνση:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Ιατρός, ειδικότητα: _____
Νοσ. Ίδρυμα:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Φαρμακοποιός
Τηλ.:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Ιατρός, ειδικότητα: _____
Υπογραφή:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Φαρμακοποιός
Ημερομηνία:	<input type="checkbox"/> Άλλη, διευκρινίστε: _____

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών, Μεσογείων 284, Χολαργός, ΤΚ 15562.

τηλ.: 213 20 40 200, 213 20 40 337 ή 213 20 40 380 fax: 210 65 49 585

ΧΩΡΙΣ ΤΕΛΟΣ

Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ

ΠΡΗΡΩΝΕΙ

ΤΟ ΤΕΛΟΣ.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Απαντητική Επιστολή

Αριθμ. Πελάτη 30875215

155 85 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

- ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία του πίνακα διαθέτετε.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ
Αναφέρατε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμα και αν δεν είσατε βέβαιοι ότι οφείλονται στο φάρμακο. ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** ΦΑΡΜΑΚΑ
Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία διαθέτετε
- ΠΡΟΣΟΧΗ !** Τα ελάχιστα στοιχεία για να μπορέσει να αξιολογηθεί η κάρτα είναι:
ΥΠΟΠΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ με ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ και ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ