



<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI E A INTEGRATORI ALIMENTARI</b>				
<b>INFORMAZIONI SUL PAZIENTE</b>				
1. INIZIALI	2. ETA'	3. SESSO	4. PESO CORPOREO	5. ORIGINE ETNICA
<b>6. EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ settimana <b>ALLATTAMENTO</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<b>7. DATA INSORGENZA REAZIONE</b>		
<b>8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI</b>		<b>11. LA REAZIONE È MIGLIORATA CON LA SOSPENSIONE?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
		<b>12. E' STATA ESEGUITA TERAPIA SPECIFICA?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE? _____		
<b>9. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI:</b>		<b>13. GRAVITÀ DELLA REAZIONE</b> <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> MORTE	<b>14. ESITO</b> <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> REAZIONE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
<b>10. COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA PRODOTTO E REAZIONE</b> <input type="checkbox"/> CERTA <input type="checkbox"/> PROBABILE <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> DUBBIA <input type="checkbox"/> SCONOSCIUTA				
<b>INFORMAZIONI SUL PRODOTTO</b>				
<b>15. PRODOTTO SOSPETTO</b> <i>(indicare la denominazione e la composizione come descritte in etichetta)</i>				
<b>15-a QUALIFICA DEL PRODOTTO</b> <input type="checkbox"/> GALENICO <input type="checkbox"/> PRODOTTO ERBORISTICO <input type="checkbox"/> INTEGRATORE <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO: _____		<b>15-b PRODUTTORE</b>		
<b>16. DOSAGGIO / DIE</b>	<b>17. VIA DI SOMMINISTRAZIONE</b>	<b>18. DURATA DELL'USO</b> DAL _____ AL _____	<b>19. RIPRESA DELL'USO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>RICOMPARSA DEI SINTOMI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL PRODOTTO È STATO ASSUNTO O PRESCRITTO</b>				
<b>21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO</b>				
<b>22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI (specificare)</b> _____				
<b>23. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISponentI</b>				
<b>INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE</b>				
<b>24. QUALIFICA</b> <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA		<b>25. DATI DEL SEGNALATORE</b> NOME E COGNOME INDIRIZZO TEL. FAX E-MAIL		
<b>26. DATA DI COMPILAZIONE</b>		<b>27. FIRMA</b>		

Inviare la scheda compilata al fax n. 06 49904248