

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA

(Da compilarsi a cura del medico o farmacista)

(Confidenziale)

1 INIZIALI DEL PAZIENTE	2 ETÀ	3 SESSO	4 DATA D'INSORGENZA DELLA REAZIONE	5 ORIGINE ETNICA	6 CODICE MINISTERO SANITÀ:
7 DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI*				8 GRAVITÀ DELLA REAZIONE MORTE <input type="checkbox"/> HA PROVOCATO O HA PROLUNGATO L'OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> HA PROVOCATO INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO LA VITA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/>	
				10 ESITO: RISOLTA <input type="checkbox"/> RISOLTA CON POSTUMI <input type="checkbox"/> PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE: DOVUTA ALLA REAZIONE AVVERSA <input type="checkbox"/> IL FARMACO POTREBBE AVER CONTRIBUTITO <input type="checkbox"/> NON DOVUTA AL FARMACO <input type="checkbox"/> CAUSA SCONOSCIUTA <input type="checkbox"/>	
* NOTA: SE IL SEGNALATORE È UN FARMACISTA, RIPORTI SOLTANTO LA DESCRIZIONE DELLA REAZIONE AVVERSA, SE È UN MEDICO ANCHE L'EVENTUALE DIAGNOSI.					
9 ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI					
11 SPECIFICARE SE LA REAZIONE È PREVISTA NEL FOGLIO ILLUSTRATIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA FARMACO E REAZIONE					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
12 FARMACO (I) SOSPETTO (I) (NOME SPECIALITÀ MEDICINALE (*)) A) B) C) * NEL CASO DI PRODOTTI BIOLOGICI INDICARE IL NUMERO DEL LOTTO				13 LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE DEL FARMACO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
14 DOSAGGIO GIORNALIERO (I) A) B) C)	15 IN VIA DI SOMMINISTRAZIONE A) B) C)	16 DURATA DELLA TERAPIA DAL AL A) B) C)	17 RIPRESA DEL FARMACO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RICOMPARSA DEI SINTOMI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
18 INDICAZIONI PER CUI IL FARMACO È STATO USATO					
19 FARMACO (I) CONCOMITANTE (I) E DATA (E) DI SOMMINISTRAZIONE					
20 CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI				21 LA SCHEDA È STATA INVIATA ALLA: AZIENDA PROD. <input type="checkbox"/> USL <input type="checkbox"/> DIR SANITARIA <input type="checkbox"/> MINISTERO DELLA SANITÀ <input type="checkbox"/>	
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE					
22 FONTE: MEDICO DI BASE <input type="checkbox"/> OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>			23 NORME ED INDIRIZZO DEL MEDICO O FARMACISTA - NUMERO ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE - PROVINCIA		
24 DATA DI COMPILAZIONE				25 FIRMA	
26 CODICE USL				27 FIRMA RESPONSABILE	

