

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA
(da compilarsi a cura del medico o farmacista)

1. INIZIALI PAZIENTE	2. ETA'	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	6. CODICE MINISTERO SANITA'
7. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI* <small>* Se il segnalatore è un farmacista, riporti soltanto la descrizione della reazione avversa, se è un medico anche l'eventuale diagnosi</small>				8. GRAVITA' 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: <input type="checkbox"/>	
9. ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI				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"/>	
11. SPECIFICARE SE LA REAZIONE E' PREVISTA NEL FOGLIO ILLUSTRATIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA FARMACO E REAZIONE					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
12. FARMACO SOSPETTO (I) (NOME SPECIALITÀ MEDICINALE)* A) _____ B) _____ C) _____ <small>*nel caso di prodotti biologici, indicare il numero di lotto</small>				13. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE DEL FARMACO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
14. DOSAGGIO (I) GIORNALIERO (I) A) _____ B) _____ C) _____	15. 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 E' STATO USATO					
19. FARMACO (I) CONCOMITANTE (I) E DATA(E) DI SOMMINISTRAZIONE					
20. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI				21. LA SCHEDA E' STATA INVIATA ALLA: AZIENDA PRODUTTRICE <input type="checkbox"/> USL <input type="checkbox"/> DIREZIONE SANITARIA <input type="checkbox"/> MINISTERO DELLA SANITA' <input type="checkbox"/>	
INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE					
22. FONTE OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>				23. NOME ED INDIRIZZO DEL MEDICO O FARMACISTA N. ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE- PROVINCIA _____	
24. DATA COMPILAZIONE				25. FIRMA	
26. CODICE USL				27. FIRMA RESPONSABILE	
INFORMAZIONE SULLA DITTA FARMACEUTICA					
NOME E INDIRIZZO			FONTE DELLA SEGNALAZIONE STUDIO CLINICO <input type="checkbox"/> LETTERATURA <input type="checkbox"/> PERSONALE SANITARIO <input type="checkbox"/>		
NUMERO DI REGISTRO			TIPO DI RAPPORTO : INIZIALE <input type="checkbox"/> SEGUITO DI ALTRO RAPPORTO <input type="checkbox"/>		
DATA IN CUI LA SEGNALAZIONE E' PERVENUTA ALL'IMPRESA					
DATA DI QUESTO RAPPORTO					

N.B.: E' obbligatoria soltanto la compilazione dei seguenti campi: 2. 4. 7. 8. 12. 22. 24. 25