

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

<b>1. INIZIALI PAZIENTE</b>	<b>2. ETA'</b>	<b>3. SESSO</b>	<b>4. DATA INSORGENZA REAZIONE</b>	<b>5. ORIGINE ETNICA</b>	<b>6. CODICE MINISTERO SANITA'</b>
<b>7. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI*</b>  <small>* Se il segnalatore è un farmacista, riporti soltanto la descrizione della reazione avversa, se è un medico anche l'eventuale diagnosi</small>				<b>8. GRAVITA' DELLA REAZIONE</b> 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"/>	
				<b>10. ESITO</b> RISOLTA <input type="checkbox"/> RISOLTA CON POSTUMI <input type="checkbox"/> PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE: <input type="checkbox"/>	
<b>9. ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI</b>				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"/>	
<b>11. SPECIFICARE SE LA REAZIONE E' PREVISTA NEL FOGLIO ILLUSTRATIVO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA FARMACO E REAZIONE</b>					
<b>INFORMAZIONI SUL FARMACO</b>					
<b>12. FARMACO SOSPETTO (I)</b> (NOME SPECIALITÀ MEDICINALE)* A) _____ B) _____ C) _____ <small>*nel caso di prodotti biologici, indicare il numero di lotto</small>				<b>13. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE DEL FARMACO?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>14. DOSAGGIO (I)</b> GIORNALIERO (I) A) _____ B) _____ C) _____	<b>15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE</b> A) _____ B) _____ C) _____	<b>16. DURATA DELLA TERAPIA</b> DAL _____ AL _____ A) _____ B) _____ C) _____	<b>17. RIPRESA DEL FARMACO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RICOMPARSA DEI SINTOMI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>18. INDICAZIONI PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO</b>					
<b>19. FARMACO (I) CONCOMITANTE (I) E DATA(E) DI SOMMINISTRAZIONE</b>					
<b>20. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI</b>				<b>21. LA SCHEDA E' STATA INVIATA ALLA:</b> AZIENDA PRODUTTRICE <input type="checkbox"/> USL <input type="checkbox"/> DIREZIONE SANITARIA <input type="checkbox"/> MINISTERO DELLA SANITA' <input type="checkbox"/>	
<b>INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE</b>					
<b>22. FONTE</b> OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>				<b>23. NOME ED INDIRIZZO DEL MEDICO O FARMACISTA</b>  N. ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE- PROVINCIA _____	
<b>24. DATA COMPILAZIONE</b>				<b>25. FIRMA</b>	
<b>26. CODICE USL</b>				<b>27. FIRMA RESPONSABILE</b>	
<b>INFORMAZIONE SULLA DITTA FARMACEUTICA</b>					
<b>NOME E INDIRIZZO</b>			<b>FONTE DELLA SEGNALAZIONE</b> STUDIO CLINICO <input type="checkbox"/> LETTERATURA <input type="checkbox"/> PERSONALE SANITARIO <input type="checkbox"/>		
<b>NUMERO DI REGISTRO</b>			<b>TIPO DI RAPPORTO :</b> INIZIALE <input type="checkbox"/> SEGUITO DI ALTRO RAPPORTO <input type="checkbox"/>		
<b>DATA IN CUI LA SEGNALAZIONE E' PERVENUTA ALL'IMPRESA</b>					
<b>DATA DI QUESTO RAPPORTO</b>					

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