

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αρχικά Ασθενούς	Αριθμός Περιστατικού	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

ΕΝΑΡΞΗΣ

ΛΗΞΗΣ

ΕΚΒΑΣΗ

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 = Ύαση χωρίς βλάβες
- 4 = Ύαση με μόνιμες βλάβες
- 5 = Υπό ανάρρωση
- 6 = Άγνωστη

Θεωρείτε ότι κάποια από τις παραπάνω ΑΕ είναι σοβαρή; Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ, σημειώστε γιατί η ΑΕ θεωρείται σοβαρή (σημειώστε όλα όσα αρμόζουν):

Πρόκληση
ΘανάτουΆμεσα Απειλητική
για τη ΖωήΠρόκληση ή
παράταση νοσηλείαςΠρόκληση εμμένουσας
ή σημαντικής αναπηρίας
ή ανικανότηταςΣυγγενής Ανωμαλία /
Βλάβη κατά τον τοκετόΣημαντικό Ιατρικό
Συμβάν

Σε περίπτωση θανάτου, αναφέρατε την αιτία:

Ημέρ/νία Θανάτου:

(εφόσον υπάρχει πόρισμα ιατροδικαστή παρακαλούμε επισυνάψτε)

3. ΦΑΡΜΑΚΑ:

Εμπορική ονομασία / δραστική ουσία

Αριθμός
Παρτίδας
(Lot No.)ΟΔΟΣ
χορήγησηςΔΟΣΗ
(Μονάδες &
Συχνότητα)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΝΑΡΞΗΣ

ΛΗΞΗΣ

ΕΝΔΕΙΞΗ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

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:

Διεύθυνση:

Νοσ. Ίδρυμα:

Υπογραφή:

-
-
-
- Ιδιότητα Αναφέροντος
-
-
- Νοσ/κός Ιατρός, ειδικότητα: _
-
-
- Νοσ/κός Φαρμακοποιός
-
-
- Ιδιώτης Ιατρός, ειδικότητα: _
-
-
- Ιδιώτης Φαρμακοποιός

Τηλ.:

Ημερομηνία:

Άλλη, διευκρινίστε: _

ΣΦΡΑΓΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΛΗΤΙΚΗ ΤΑΪΝΙΑ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΣΦΡΑΓΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΛΗΤΙΚΗ ΤΑΪΝΙΑ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τομέας Φαρμακοεπαγρύπνησης, Πολυφήμου 15, 2033 Στρόβολος.

τηλ.: 22608607 fax: 22608669

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ
Άδεια Αρ. 131

Δεν χρειάζεται
γραμματόσημο αν
ταχυδρομηθεί στην
Κύπρο

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Τομέας Φαρμακοεπαγρύπνησης
Πολυφήμου 15, 2033 Στρόβολος

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 είσαστε 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