| SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza) | | | | |
|---|-------------------------|--|--|---------------------|
| 1. INIZIALI DEL 2. DATA PAZIENTE | DI NASCITA 3. SESSO M F | 4. DATA INSORGENZA REAZIONE | 5. ORIGINE ETNICA | CODICE SEGNALAZIONE |
| 6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* * se il segnalatore è un medico | | | 7. GRAVITA' DELLA REAZIONE: \$\int \text{ GRAVE}\$ DECESSO OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE HA MESSO IN PERICOLO DI VITA ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO \$\int \text{ NON GRAVE}\$ | |
| accertamenti sono stati esegui | ti | riportare risultati e date in cui gli | 9. ESITO \$\delta\$ RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL/_/_ \$\delta\$ RISOLUZIONE CON POSTUMI \$\delta\$ MIGLIORAMENTO \$\delta\$ REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA \$\delta\$ DECESSO IL/ \$\delta\$ dovuto alla reazione avversa | |
| 10. AZIONI INTRAPRESE: speci | fficare In caso di sosp | ensione compilare i campi da 16 a 19 | ☐ il farmaco può avere contribuito ☐ non dovuto al farmaco ☐ causa sconosciuta ♦ NON DISPONIBILE | |
| INFORMAZIONI SUL FARMACO | | | | |
| 11. FARMACO(I) SOSPETTO (I) nome della specialità medicinale* | | | | |
| A)12. LOTTO13. DOSAGGIO/DIE | | | | |
| | | 15. DURATA DELL'USO: DAL AL | | |
| B)12. LOTTO13. DOSAGGIO/DIE | | | | |
| 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 15. DURATA DELL'USO: DAL AL | | | | |
| C)13. DOSAGGIO/DIE | | | | |
| 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE15. DURATA DELL'USO: DALAL | | | | |
| * Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione | | | | |
| 16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? | | A: sì / no B: s | sì / no | |
| 17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? | | | sì / no | |
| 18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? 19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? | | > / | sì / no | |
| 15. GOVERNOOM AND TO EAR MOOMMINIOTIVE STATE. | | | | |
| 20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO: A: B: C: | | | | |
| 21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO | | | | |
| 22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare): | | | | |
| 23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione) | | | | |
| INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE | | | | |
| 24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE | | 25. DATI DEL SEGNALATORE | | |
| O MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA | | NOME E COGNOME | | |
| O MEDICO OSPEDALIERO | O FARMACISTA | INDIRIZZO | | |
| O SPECIALISTA | O ALTRO | TEL E FAX | E-MAIL | |
| 26. DATA DI COMPILAZIONE | | 27. FIRMA DEL SEGNALATORE | | |
| 28. CODICE ASL | | 29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA | | |