

SCHEMA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA(ADR)

(da compilarsi a cura dei medici o degli operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO [] M [] F	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
			*se il segnalatore è un medico		
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI*				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE:	
				<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSP. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT DEL NEONATO <input type="checkbox"/> NON GRAVE	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR : riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				9. ESITO	
				<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ___/___/___ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL ___/___/___ <input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare					
in caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					

INFORMAZIONI SUL FARMACO

11. FARMACO SOSPETTO : (nome specialità medicinale)		IN CASO DI VACCINI INDICARE ANCHE: SCADENZA, ORA E SITO DI SOMMINISTRAZIONE			
A) _____	12. LOTTO _____	SCAD. ___/___/___	13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL ___/___/___ AL ___/___/___	ORA _____	SITO _____		
B) _____	12. LOTTO _____	SCAD. ___/___/___	13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL ___/___/___ AL ___/___/___	ORA _____	SITO _____		
C) _____	12. LOTTO _____	SCAD. ___/___/___	13. DOSAGGIO/DIE _____		
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL ___/___/___ AL ___/___/___	ORA _____	SITO _____		
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?	A): SI [] NO []	B): SI [] NO []	C): SI [] NO []		
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?	A): SI [] NO []	B): SI [] NO []	C): SI [] NO []		
18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?	A): SI [] NO []	B): SI [] NO []	C): SI [] NO []		
19. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?	A): SI [] NO []	B): SI [] NO []	C): SI [] NO []		

20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO: in caso di vaccini specificare anche l'ordine numerico della dose o del richiamo		20 bis. LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO	
A:	[] dose _____ [] richiamo _____	[] ASL	
B:	[] dose _____ [] richiamo _____	[] AOSP	
C:	[] dose _____ [] richiamo _____	[] AMBULATORIO PRIVATO	
		[] ALTRO specificare _____	

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 SULLA SEGNALAZIONE

24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE	25. DATI DEL SEGNALATORE
[] MMG	NOME COGNOME
[] PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	INDIRIZZO
[] MEDICO SERVIZI VACCINALI [] FARMACISTA	TEL. _____ FAX _____
[] MEDICO OSPEDALIERO [] SPECIALISTA	E-MAIL _____
[] ALTRO spec. _____	27. FIRMA DEL SEGNALATORE
26. DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___	29. FIRMA RESPONSABILE FARMACOVIGILANZA
28. CODICE ASL	