



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

REPORTER: <input type="checkbox"/> Med. Personal <input type="checkbox"/> Andere	Referenznummer (ausgefüllt von Swyssi)	ANGABEN ZUM BERICHTER: Name: Berufliche Position (falls med. Personal) Adresse: Tel.:
Bericht: <input type="checkbox"/> Erstbericht <input type="checkbox"/> Folgebericht	Datum:	Ist der Bericht Allgemeinarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zustimmung für zusätzliche Kontakte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wird ausgefüllt falls der Bericht kein Med. Personal ist)
Staat:		

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Geschlecht: W M **Alter:** _____ **Gewicht (kg):** _____

Schwangerschaft: (Datum des letzten Monatszyklus) _____

Eingeschränkte Leberfunktion: Ja Nein unbekannt

Eingeschränkte Nierenfunktion: Ja Nein unbekannt

Allergie (bitte angeben):

ARZNEIMITTELINFORMATION

Handelsname/(INN)	Verabreichungs weg	Dosierung	Anwendungsdauer		Therapeutische Indikation
			Von	Bis	
Begleittherapie	Verabreichungs weg	Dosierung	Anwendungsdauer		Therapeutische Indikation
			Von	Bis	

INFORMATION ÜBER unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Beschreibung der UAW:	Anfang der UAW: ____/____/____ Ende der UAW: ____/____/____
------------------------------	--

<p>Ergebnisse der UAW:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erholt <input type="checkbox"/> mit bleibenden Schaden erholt <input type="checkbox"/> Verbesserung des Zustands <input type="checkbox"/> unveränderter Zustand <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> unbekannt 	
<p>Kriterien der Schwere:</p> <p>Ist die Reaktion schwer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, bitte geben Sie an, welche der folgenden Schweregradkriterien die unerwünschte Wirkungen charakterisieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> lebensbedrohender Zustand <input type="checkbox"/> Unveränderter Zustand <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> angeborene Anomalien <input type="checkbox"/> Tod - Datum (___/____/____) <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben) _____ 	
<p>Zusammenhang zwischen dem Arzneimittel und der Nebenwirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> kann nicht beurteilen <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben) _____ 	
<p>MAßNAHMEN INFOLGE DER UAW</p>	
<p>Maßnahmen infolge der UAW:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie mit verdächtigen Arzneimitteln <input type="checkbox"/> Dosisreduktion des verdächtigen Arzneimittels <input type="checkbox"/> Beedingung von Begleittherapien <input type="checkbox"/> Arzneimitteltherapie <input type="checkbox"/> nicht-medikamentöse Therapie (einschliesslich Operationen) <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben) _____ 	<p>Arzneimitteltherapie infolge der UAW (falls erforderlich):</p>

<p>Tritt die unerwünschte Wirkung nach der zweiten Verabreichung dieses Arzneimittels auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Das Arzneimittel wurde nicht erneut verabreicht</p> <p><input type="checkbox"/> andere (bitte angeben) _____</p>	<p>Getroffene Maßnahmen:</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie mit verdächtigen Arzneimitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Dosisreduktion des verdächtigen Arzneimittels</p> <p><input type="checkbox"/> Beendigung von Begleittherapien</p> <p><input type="checkbox"/> Arzneimitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> nicht-medikamentöse Therapie (einschliesslich Operationen)</p> <p><input type="checkbox"/> andere (bitte angeben) _____</p>		
<p>BEGLEITERKRANKUNGEN</p>			
<p>(Anamnestische Dten, vermutete Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Bitte geben Sie an, ob angeborene Anomalien vorliegen; Verabreichung anderer Medikamente während der Schwangerschaft; Datum des letzten Monatszyklus. Bitte fügen Sie bei Bedarf eine zusätzliche Seite hinzu)</p>	<p>Risikofaktoren:</p> <p><input type="checkbox"/> Alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> Rauchen</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamentenmissbrauch</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> kongenitale/ genetische Anomalien</p>		
<p>WICHTIGE ZUSÄTZLICHE INFORMATION</p>			
<p>Laboruntersuchungen (Art; Ergebnis; Datum; Werte - normal, abweichend)</p>			
<p>BESCHWERDEN ÜBER DIE PRODUKTQUALITÄT</p>			
<p>Ist die Nebenwirkung mit einer Beschwerde oder mangelnder Wirkung verbunden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<p>Chargennummer:</p>	<p>Arzneimittelform:</p>	<p>Verfalldatum:</p>	<p>Menge:</p>
<p>Wird vom Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen ausgefüllt</p>			
<p>Datum, an dem die UAW dem Vertreter der Swyssi AG berichtet wurde:</p>		<p>Datum und Unterschrift:</p>	
<p>Datum, an dem der Mitarbeiter den Bericht über UAW weitergeleitet hat:</p>			