

نمؤذ الإبلأع عن الأعرأض الجانبية وؤوءة المستحضرات الصيدلانية

1- بيانات مستخدم المستحضر*													
الاسم (مختصر):.....البلد: تاريخ الميلاد: العمر (وقت ظهور العرض)*:..... الوزن (كج): الطول (سم): عنوان المريض: الجنس*: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى هل يوجد حمل*: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق أسبوع الحمل:													
2- بيانات العرض الجانبي*													
تاريخ التعافي او زوال العرض الجانبي: تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي*:..... وصف العرض (الأعراض) الجانبي*:													
3- مدى خطورة العرض الجانبي													
اختر مدى خطورة العرض الجانبي: <input type="checkbox"/> مهدد للحياة <input type="checkbox"/> مميت (تاريخ الوفاة): <input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للأجنة <input type="checkbox"/> تطلب الدخول او إطالة البقاء في المستشفى <input type="checkbox"/> سبب إعاقة دائمة او عجز <input type="checkbox"/> أخرى (الرجاء الوصف)													
4- حالة المريض (المستخدم)													
<input type="checkbox"/> حرجة <input type="checkbox"/> في طور التحسن <input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل <input type="checkbox"/> مستمر <input type="checkbox"/> غير معروف (الرجاء التوضيح):													
5- بيانات المستحضرات المستخدمة (أذكر المستحضرات حالياً وكذلك المستخدمة قبل ظهور العرض الجانبي)													
اسم المستحضر*	الاسم العام*	المُصنَع	رقم الدفعة Batch number	التركيز	الجرعة *	طريقة التعاطي *	شكل الجرعة *	سبب الاستخدام	مدة الاستخدام	التوقف عن استخدام المستحضر او تقليل الجرعة	توقف العرض بعد التوقف عن اس تخدام المستحضر (نعم/لا/ لاينطبق)	عودة العرض بعد العودة لاستخدام المستحضر مرة أخرى	ظهور العرض الجانبي للمرة الثانية بعد إعادة استخدام المستحضر (نعم/لا/ لاينطبق)

6- الأدوية المصاحبة (بخلاف الأدوية المشبوهة)*
منتج طبي مصاحب بما في ذلك العلاج الذاتي والعلاجات العشبية مع مواعيد العلاج (باستثناء تلك المستخدمة لعلاج رد الفعل):
7- التاريخ الطبي للمستخدم
تاريخ آخر ذي صلة بما في ذلك الحالات الطبية الموجودة مسبقاً (على سبيل المثال: الحساسية، والعرق، والحمل، والتدخين، والضعف الكبدى/ الكلوي، إلخ) هل عانيت من نفس التأثير/ العرض الجانبي من قبل بنفس الدواء؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8- بيانات المختبر والاختبارات ذات الصلة مع التواريخ
9- بيانات معد التقرير الأساسي (مريض/ طبيب/ صيدلي/ ممرض/ طبيب أسنان/ أخصائي رعاية صحية آخر)*
الاسم*: المؤهل*: منظمة معد التقرير: العنوان: المدينة: الحي/ الولاية: الدولة: رقم الهاتف*: البريد الالكتروني:
10- بيانات معد التقرير الثاني (المندوب الطبي/ الموزع إلخ)
الاسم*: المؤهل*: منظمة معد التقرير: العنوان: المدينة: الحي/ الولاية: الدولة: رقم الهاتف*: البريد الالكتروني:
11- تقييم السبب – ارتباط تفاعل الدواء (بواسطة استشارة المعد/ المراسل الأساسي فقط)
<input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> غير قابل للاستبدال <input type="checkbox"/> غير مرتبط <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> ممكن <input type="checkbox"/> مؤكد
12- تاريخ البلاغ (يوم/ شهر/ سنة):

السرية: يتم الحفاظ على هوية المريض في سرية تامة ومحمية إلى أقصى حد. من غير المتوقع من موظفي مجموع ولن يكشفوا هوية المراسل ردا على طلب الجمهور. لا يشكل تقديم التقرير إقراراً بأن الموظف الصحي أو الشركة المصنعة أو المنتج تسبب في التفاعل أو ساهم في حدوثه. نصيحة حول تعيينة نموذج البلاغ:

- الإبلاغ عن التجارب السلبية مع الأدوية
- يكون رد الفعل خطيرا عندما تكون نتيجة المبيض: 1- الموت 2- تهديد الحياى 3- يتطلب او يطيل الإقامة في المستشفى 4- الإعاقة الدائمة او العجز 5- الشذوذ الخلقي
- الإبلاغ حتى إذا: لست متأكدًا من أن المنتج تسبب في رد فعل سلبي
- في حال عد توفر جميع التفاصيل، النرجوا الملاحظه [ان النقاط (1 و 2 و 5 و 6 و 9) التي تحمل علامة (*) مطلوبة بشكل أساسي