

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)*(da compilarsi a cura dei medici o agli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)*

1. INIZIALI PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI* *se il segnalatore è un medico				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE GRAVE: DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZ. O PROLUNGAMENTO OSPEDALIZZ. <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> NON GRAVE <input type="checkbox"/>	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				9. ESITO 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 ___/___/___ dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/>	
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare					
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11 FARMACO(I) SOSPETTO(I) nome specialità medicinale*					
A) _____ 12 LOTTO _____ 13 DOSAGGIO/DIE _____					
14 VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15 DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____					
B) _____ 12 LOTTO _____ 13 DOSAGGIO/DIE _____					
14 VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15 DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____					
C) _____ 12 LOTTO _____ 13 DOSAGGIO/DIE _____					
14 VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15 DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____					
*nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16 IL FARMACO È STATO SOSPESO? A. SI / NO B. SI / NO C. SI / NO					
17 LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? A. SI / NO B. SI / NO C. SI / NO					
18 IL FARMACO È 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 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 PREDISPOSTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE					
24 QUALIFICA DEL SEGNALATORE			25 DATI DEL SEGNALATORE		
<input type="checkbox"/> MEDICO MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME			
<input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> FARMACISTA	INDIRIZZO			
<input type="checkbox"/> SPECIALISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO	TEL E FAX		E-MAIL	
26. DATA COMPILAZIONE			27. FIRMA E TIMBRO DEL SEGNALATORE		
28. CODICE ASL			29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		