ALLEGATO 4

Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino

Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci
(da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura sanitaria d'appartenenza - ASL)

1) Quale reazione indesiderata ha osservato?

2) Quando?

3) Quanto è durata?

4) Quali medicinali stava prendendo?	5) Quante volte al dì?	6) Da quando tempo?	7) Per quale disturbo?
a fiale			
b supposte			
c uso locale			
d per bocca			
e			
f			

8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico? SI NO

9) L'aveva già preso in passato? SI NO

10) Ha mai avuto la stessa reazione? SI NO

11) Con quale medicinale?

12) Chi è il suo medico curante? (Cognome, nome, indirizzo e telefono)

13) Lo ha informato? SI NO

14) Come è stata curata la reazione?

- sospeso il medicinale SI NO
- ridotta la dose SI NO

altro (specificare)

15) Adesso la reazione è scomparsa? (barrare la risposta desiderata)

SI completamente NON del tutto NO

Indirizzo e numero di telefono del paziente Data

FIRMA

COPIA TRATTA DA GURITEL — GAZZETTA UFFICIALE ON-LINE

04A01309