

# 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	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				GRAVE:	
				DECESSO <input type="checkbox"/>	
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare				OSPEDALIZZ. O PROLUNGAMENTO OSPEDALIZZ. <input type="checkbox"/>	
				INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/>	
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19				HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/>	
				ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/>	
9. ESITO				NON GRAVE <input type="checkbox"/>	
				RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ___/___/___ <input type="checkbox"/>	
11. FARMACO(I) SOSPETTO(I) nome specialità medicinale*				RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/>	
				MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/>	
16. IL FARMACO È STATO SOSPESO? A. SI / NO B. SI / NO C. SI / NO				REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/>	
				DECESSO IL ___/___/___ dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/>	
17. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? A. SI / NO B. SI / NO C. SI / NO				il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/>	
				non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/>	
18. IL FARMACO È STATO RIPRESO? A. SI / NO B. SI / NO C. SI / NO				causa sconosciuta <input type="checkbox"/>	
				NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/>	
19. SONO RICOMPARI 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		