



Această fișă nu este o simplă hârtie. Aceasta ar putea salva vieți.
 Vă rugăm completați spațiul din chenar cu informații cât mai complete

FIȘĂ PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE

Confidențial

Inițiale pacient/

Nr. F.O./Reg. cons.:	Sex:	Vârsta:	Data nașterii:	Data apariției reacției:	Durata:
Descrierea reacției adverse suspectate:				Bifați caracteristica adecvată, dacă este cazul:	
				Reacția adversă a determinat:	
				<input type="checkbox"/> Decesul pacientului <input type="checkbox"/> Punerea în pericol a vieții pacientului <input type="checkbox"/> Spitalizarea/Prelungirea spitalizării <input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importante sau durabile <input type="checkbox"/> Anomalie/malformație congenitală	

Medicamentul(ele) suspectat(e) (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, producător):

	Doza zilnică:	Calea de administrare:
	Lot (pt. vaccin):	
	Seria (pt. medicament):	
	Data începerii administrării:	Data opririi administrării:

Pentru ce a/au fost indicat/indicate medicamentul/medicamentele suspectat/suspectate:

--

Alte medicamente

(și automedicație):

Doza zilnică:

Cale de adm.:

De la /Până la:

Pentru ce a fost

indicat:

Tratamentul reacției adverse:

--

Recuperare după reacția adversă?

Completă:

DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați:
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------

Sechele:

DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați:
-----------------------------	-----------------------------	------------

S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat? Cum a evoluat reacția adversă suspectată?

DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	S-a redus doza?	Comentați:
-----------------------------	-----------------------------	-----------------	------------

Reluarea administrării medicamentului suspectat:

DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați:
-----------------------------	-----------------------------	------------

Alte comentarii (antecedente relevante, alergii, dacă pacientul a mai utilizat în antecedente medicamentul suspectat):

--

Completat de:.....

Adresa unității sanitare:.....

Specialitatea:.....

Telefon:Data:.....

Semnătura și parafa: