

FIȘĂ PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE Confidențial

Inițiale pacient/

Bifați caracteristica adecvată
dacă este cazul:

Nr. F.O./Reg. cons.: Sex: Vârstă: Data nașterii: Data apariției reacției: Durata:

Descrierea reacției adverse suspectate:	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	Nu	Da	Nu	Comentați:
----	----	----	----	------------

Sechele:

Da	Nu	Comentați:
----	----	------------

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

Da	Nu	S-a redus doza?	Comentați:
----	----	-----------------	------------

Reluarea administrării medicamentului suspectat:

Da	Nu	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: