S.C. VIM SPECTRUM S.R.L.
Adresa: 547367 Corunca nr. 409, Jud. Mureș
Nr. tel: 0040 365 430806
Nr. fax: 0040 265 266210
Mobil: 0040 744 621407
Email: pharmacovigilance@vimspectrum.ro

Această fişă nu este o simplă hârtie. Aceasta ar putea salva vieți.

Vă rugăm completați spațiul din chenar cu informații cât mai complete

FIŞĂ PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE

Confidențial

Inițiale pacient/
Nr. F.O./Reg. cons.: Sex: Vârstă: Data naşterii: Data apariției reacției: Durata:

Bifați caracteristica adecvată dacă este cazul:

Reacția adversă a determinat:

- □ Decesul pacientului
- □ Punerea în pericol a vieții pacientului
- □ Spitalizarea/Prelungirea spitalizării
- □ Handicap/incapacitate importante sau durabile
- □ Anomalie/malformație congenitală

Descrierea reacției adverse suspectate:

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/medicamentulele suspectat/suspectate:

Alte medicamente(şi automedicație):	**Doza zilnică:**	**Cale de adm.:**	**De la /Până la :**	**Pentru ce a fost indicat:**

Tratamentul reacției adverse:

Recuperare după reacția adversă? Da / Nu

Completă : Da / Nu

Comentați:

Sechele: Da / Nu

Comentați:

S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat? Da / Nu

S-a redus doza?

Cum a evoluat reacția adversă suspectată ?

Comentați:

Reluarea administrării medicamentului suspectat: Da / Nu

Comentați:

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

Completat de:……
Specialitatea:……
Telefon:……
Data:……
Semnătura şi parafa:……

Adresa unității sanitare:……
……
……
……