

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 fișă nu este o simplă hârtie. Aceasta ar putea salva vieți.
Vă rugăm introduceți informații cât mai complete în formular.
Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.
Va rugăm să completați cu majuscule

FIȘA PACIENTULUI**PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE**

CONFIDENȚIAL

I.* PACIENT

Nume/Prenume (inițiale) Sex M F Vârsta (ani/luni): _____
Data nașterii (zi/lună/an): ____/____/____ Greutate (kg): _____ Înălțime (cm): _____

II.* REACȚIA ADVERSĂ SUSPECTATĂ**1. Descrierea reacției adverse suspectate**

	Data apariției reacției
	Data încetării reacției
	Durata reacției (min/ore/zile)

2. Gravitatea reacției adverse (bifați căsuța care descrie cel mai bine simptomele prezentate)

Neplăcută fără să afecteze activitățile zilnice obișnuite
Neplăcută dar care a afectat activitățile zilnice obișnuite
A necesitat consult medical
A necesitat spitalizare/prelungirea spitalizării
A provocat un handicap sau incapacitate importantă/durabilă
A dus la o anomalie congenitală
A pus viața în pericol
A survenit decesul
Alte situații

3. A fost necesar tratamentul reacției adverse?

DA NU Dacă da, care a fost acesta _____

4. S-a redus doza?

DA NU Comentări _____

5. S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat?

DA NU Comentări _____

6. S-a reluat administrarea medicamentului suspectat?

DA NU Comentări _____

7. Care a fost evoluția reacției adverse?

Recuperat Nerecuperat la momentul raportării
În curs de recuperare Recuperat cu sechele (urmări)
Necunoscut

8. Alte comentarii pe care le considerați necesare

--

9. Ați comunicat reacția adversă unui profesionist din domeniul sănătății (medic, farmacist, asistent)?
 DA NU

12. Avem permisiunea dvs. de a contacta medicul în cazul în care avem nevoie de informații suplimentare sau de confirmarea medicală a acestui caz (precum rezultate ale investigațiilor medicale)?
 DA NU

Dacă răspunsul dvs. este DA, precizați numele medicului și adresa:
 Numele, prenumele medicului: _____
 Adresa unității medicale, oraș, județ, cod poștal: _____
 Tel/fax/email: _____

III.* 1. Medicamentul suspectat (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, concentrație, forma farmaceutică, deținătorul autorizației de punere pe piață):

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

2. Pentru ce a fost administrat medicamentul suspectat:

3. Alte medicamente administrate concomitent (inclusiv vaccinuri, medicamente eliberate fără prescripție medicală, suplimente alimentare)

Alte medicamente	Doza zilnică	Calea de adm.	De la data	Până la data:	Pentru ce a fost utilizat

4. Medicamentul suspectat a fost utilizat în conformitate cu informațiile din Prospect?
 DA NU

5. Simbolul ▼ apare în Prospectul medicamentului suspectat?
 DA NU

6. Alte informații importante (alte afecțiuni, alergii, dacă ați mai utilizat în trecut acest medicament)

IV.* Informații despre dumneavoastră, persoana care completează această fișă de reacție adversă (pot raporta reacții adverse pacienții, persoanele care asigură îngrijirea pacienților, reprezentanții legali):

Nume, prenume: _____
 Adresa: _____ Cod postal: _____
 Nr. de telefon: _____ Adresa email: _____

Precizați care este relația dumneavoastră cu pacientul _____

* Vă rugăm semnați și datați acest formular (Sunt de acord ca Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale să mă contacteze în vederea obținerii de informații suplimentare despre reacția adversă suspectată, dacă este necesar)

DATA SEMNĂTURA