

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen & andere Arzneimittelrisiken (auch Verdachtsfälle)



PATIENT

Initialen

Geburtsdatum

Geschlecht

Größe ____ cm

Schwangerschaft

____ · ____
Vor- Nachname

____ · ____ · ____
Tag Monat Jahr

männlich
 weiblich

Gewicht ____ kg

____. Woche

BEOBACHTETE UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

	Startdatum	Stopdatum	Dauer	Verlauf *	Schwere **

* Verlauf 1 wiederhergestellt 2 Besserung 3 fortbestehend 4 bleibende Schäden 5 unbekannt 6 tödlich (bitte Datum angeben)

** Schwere 1 nicht schwerwiegend 2 tödlich 3 lebensbedrohend 4 Krankenhausaufenthalt erforderlich/verlängert
5 bleibende Schäden/Behinderung 6 kongenitale Anomalie/Geburtsfehler 7 Sonstiges (bitte spezifizieren)

ARZNEIMITTEL

Arzneimittel / Darreichungsform (und Chargen-Nr.)	Hersteller	Dosis / Einheit	Applikation	gegeben von / bis	wegen (Indikation)	Beurteilung des Zusammen- hangs mit UAW***

*** Kausalzusammenhang 1 kein Zusammenhang 2 gesichert 3 wahrscheinlich 4 möglich 5 unwahrscheinlich 6 unbeurteilt 7 nicht zu beurteilen

Verschwand die UAW nach Absetzen des Arzneimittels? ja nein keine Angabe möglich

Trat die UAW nach Wiedereinnahme erneut auf? ja nein keine Angabe möglich

GRUNDERKRANKUNGEN UND ANAMNESTISCHE BESONDERHEITEN

- Rauchen
- Alkohol
- Kontrazeptiva
- Allergien
- Diät
- Schrittmacher
- Implantat
- Strahlentherapie
- physikalische Therapie
- Stoffwechseldefekte

RELEVANTE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

MAßNAHMEN / THERAPIE

KOMMENTARE

Wer wurde informiert? BfArM PEI AMK AkdÄ Hersteller Sonstige:

Name des Arztes / Apothekers:

Datum: Ort:

Bitte senden Sie den ausgefüllten UAW-Bogen an:

Fachrichtung:

Unterschrift:

mibe GmbH Arzneimittel
Abteilung Arzneimittelsicherheit
Münchener Str. 15, 06796 Brehna
Fax: 034954/247-464
E-Mail: drugsafety@mibegmbh.de

Adresse:

Klinik: ja nein
(ggf. Stempel)