

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA
(da compilarsi a cura del medico o farmacista)

1. INIZIALI PAZIENTE	2. ETA'	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	6. CODICE MINISTERO SANITA'
7. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI*				8. GRAVITA' DELLA REAZIONE	
				MORTE <input type="checkbox"/> HA PROVOCATO O HA PROLUNGATO L'OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> HA PROVOCATO INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO LA VITA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/>	
* Se il segnalatore è un farmacista, riporti soltanto la descrizione della reazione avversa, se è un medico anche l'eventuale diagnosi				10. ESITO	
				RISOLTA <input type="checkbox"/> RISOLTA CON POSTUMI <input type="checkbox"/> PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE: <input type="checkbox"/>	
9. ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI				DOVUTA ALLA REAZIONE AVVERSA <input type="checkbox"/>	
11. SPECIFICARE SE LA REAZIONE E' PREVISTA NEL FOGLIO ILLUSTRATIVO				IL FARMACO POTREBBE AVER CONTRIBUTITO <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				NON DOVUTA AL FARMACO <input type="checkbox"/>	
COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA FARMACO E REAZIONE				CAUSA SCONSCIUTA <input type="checkbox"/>	
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
12. FARMACO SOSPETTO (I) (NOME SPECIALITA' MEDICINALE)*				13. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE DEL FARMACO?	
A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
*nel caso di prodotti biologici, indicare il numero di lotto					
14. DOSAGGIO (I) GIORNALIERO (I)		15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE		16. DURATA DELLA TERAPIA DAL AL	
A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/>		A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/>		A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/>	
17. RIPRESA DEL FARMACO					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RICOMPARSA DEI SINTOMI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
18. INDICAZIONI PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO					
19. FARMACO (I) CONCOMITANTE (I) E DATA(E) DI SOMMINISTRAZIONE					
20. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI				21. LA SCHEDA E' STATA INVIATA ALLA:	
				AZIENDA PRODUTTRICE <input type="checkbox"/> USL <input type="checkbox"/> DIREZIONE SANITARIA <input type="checkbox"/> MINISTERO DELLA SANITA' <input type="checkbox"/>	
INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE					
22. FONTE				23. NOME ED INDIRIZZO DEL MEDICO O FARMACISTA	
OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> SPECIALISTA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>				N. ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE- PROVINCIA	
24. DATA COMPILAZIONE				25. FIRMA	
26. CODICE USL				27. FIRMA RESPONSABILE	
INFORMAZIONE SULLA DITTA FARMACEUTICA					
NOME E INDIRIZZO			FONTE DELLA SEGNALAZIONE		
			STUDIO CLINICO <input type="checkbox"/> LETTERATURA <input type="checkbox"/> PERSONALE SANITARIO <input type="checkbox"/>		
NUMERO DI REGISTRO			TIPO DI RAPPORTO :		
DATA IN CUI LA SEGNALAZIONE E' PERVENUTA ALL'IMPRESA			INIZIALE <input type="checkbox"/> SEGUITO DI ALTRO RAPPORTO <input type="checkbox"/>		
DATA DI QUESTO RAPPORTO					

N.B.: E' obbligatoria soltanto la compilazione dei seguenti campi: 2, 4, 7, 8, 12, 22, 24, 25