

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Pharmakovigilanz
Fresenius Kabi Austria GmbH
Hafnerstraße 36, 8055 Graz, Österreich

Internet: www.fresenius-kabi.at
Email: pharmacovigilance.AT@fresenius-kabi.com
Tel.: +43 316 249 1523 Fax: +43 316 249 81523

Patient/in	
Initialen	Geburtsdatum
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w	. Woche
<input type="checkbox"/> m	
Gewicht (kg)	Größe (cm)

Beobachtete unerwünschte Wirkung:	
Aufgetreten am: (DD/MMM/YYYY)	Dauer:

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / Ch.-Nr.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					
4					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 Bitte kreuzen Sie mind. ein Arzneimittel an.

Krankheiten und andere Besonderheiten: (z. B. Grunderkrankungen und Begleiterkrankungen, andere Arzneimittel, Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/ Nierenfunktionsstörungen)
Relevante Untersuchungsergebnisse und Laborwerte: (mit Datum und Referenzwerten)
Maßnahmen und Therapie der unerwünschten Wirkung:

Schwierigkeitsgrad der Reaktion: <input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (oder verlängerter) <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> wichtiges medizinisches Ereignis
Folgen der vermuteten UAW: <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> erholt mit Folgeschäden <input type="checkbox"/> noch nicht erholt <input type="checkbox"/> Erholung dauert an
Therapieabbruch nach UAW: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Besserung nach Therapieabbruch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Verschlechterung nach erneuter Gabe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

Das Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

Name der meldenden Person:	Datum:
Anschrift / Klinik:	
Telefonnummer:	
Email:	Unterschrift