

## SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* <small>* se il segnalatore è un medico</small>			7. GRAVITA' DELLA REAZIONE:		
			! GRAVE ! DECESSO ! OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. ! INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE ! HA MESSO IN PERICOLO DI VITA ! ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO  ! NON GRAVE		
			9. ESITO		
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti			! RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ___/___/___ ! RISOLUZIONE CON POSTUMI ! MIGLIORAMENTO ! REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA ! DECESSO IL ___/___/___   dovuto alla reazione avversa   il farmaco può avere contribuito   non dovuto al farmaco   causa sconosciuta ! NON DISPONIBILE		
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare					
in caso di sospensione compilare i campi da 15 a 19					

### INFORMAZIONI SUL FARMACO

11. FARMACO(I) SOSPETTO (il nome della specialità medicinale*)			
A) _____	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____		
B) _____	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____		
C) _____	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____		
<small>* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione</small>			
16. IL FARMACO È STATO SOSPESO?	A: SI / NO	B: SI / NO	C: SI / NO
17. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?	A: SI / NO	B: SI / NO	C: SI / NO
18. IL FARMACO È STATO RIPRESO?	A: SI / NO	B: SI / NO	C: SI / NO
19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?	A: SI / NO	B: SI / NO	C: SI / NO

20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO:

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO

\_\_\_\_\_

22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):

\_\_\_\_\_

23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

\_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE

24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE		26. DATI DEL SEGNALATORE	
<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME	
<input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> FARMACISTA	INDIRIZZO	
<input type="checkbox"/> SPECIALISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO	TEL E FAX	E-MAIL
28. DATA DI COMPILAZIONE		27. FIRMA DEL SEGNALATORE	
28. CODICE A8L		29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA	