



مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۱- مشخصات بیمار:
 نام و نام خانوادگی:
 سن:
 وزن:
 جنس: مذکر مؤنث باردار
 محل سکونت:
 تلفن:

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /
 ۲- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- سابقه بیمار: (آلزایم، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بلی خیر دارو قطع نشده است
 ۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ بلی خیر دارو مجدداً مصرف نکردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: بهبودی عدم بهبودی نقص عضو مرگ سایر موارد:
 ۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ بلی خیر

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده موثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی)

پست جواب قبول

طرف قرار داد: معاونت غذا و دارو
تهران- صندوق پستی ۹۳۸-۱۴۱۸۵
تلفن: ۴-۸۸۹۲۳۱۹۳ نمابر: ۸۸۹۰۸۵۷

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبائید)

مشخصات گزارشگر: پزشک داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل
نام و نام خانوادگی گزارشگر: شماره نظام پزشکی: تلفن تماس:
آدرس کامل پستی گزارشگر:
استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک
تاریخ: .../.../... امضاء یا مهر گزارشگر: