

Bericht über einen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

Meldung an: CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH
 Ziegelhof 23, 17489 Greifswald
 TEL 03834-8539 329 E-MAIL:
 FAX 03834-8539 349 drugsafety@cheplapharm.com

I. PATIENTENDATEN

Initialen <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> Vor- Nachname			Geburtsdatum <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Tag Monat Jahr						Geschlecht männlich weiblich	Größe: cm Gewicht: kg	Studie / AWB nein ja: _____

GrundYf_fUb_i b[:

II. UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

UAW (Diagnose):	UAW-Startdatum <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Tag Monat Jahr						UAW-Stopppdatum <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Tag Monat Jahr					

Weitere Beschreibung der UAW (Symptome, klinisches Bild, Diagnostik, Lokalisation, Laborwerte, Therapie und Verlauf):

Schwerwiegende UAW? (bitte Zutreffendes ankreuzen):
 Tödlich
 Lebensbedrohlich
 Stationäre Behandlung erforderlich oder verlängert
 Behinderung / Invalidität
 Kongenitale Anomalie / Geburtsfehler

Ausgang der UAW:
 wiederhergestellt
 Besserung
 fortbestehend
 bleibende Schäden
 unbekannt
 Exitus, Datum

--	--	--	--	--

 Tag Monat Jahr
 Autopsie: ja nein

III. PRÄPARATE (VOR AUFTRETEN DER UAW)

Präparat(e) / Substanz(en)	Hersteller	Dosis und Einheit	Applikationsform	Therapiedaten (von/bis)	Indikation(en)	Vermuteter kausaler Zusammenhang
I.						Ja Nein
II.						Ja Nein
III.						Ja Nein
IV.						Ja Nein

Wenn kein kausaler Zusammenhang zum CHEPLAPHARM-Präparat vermutet wird, geben Sie bitte die vermutete Ursache an (z.B. Grunderkrankung, Begleiterkrankungen):

IV. RELEVANTE VORGESCHICHTE UND KOMMENTARE

Relevante Vorgeschichte und Kommentare:

Arzt / Apotheker:	Telefon:	Adresse:
Datum/Unterschrift:		
Zusätzlich berichtet an:		

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte formlos zusätzliche Seiten ergänzen.