

| | |
|---|---|
| Bericht über einen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) | Meldung an: CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH Ziegelhof 24, 17489 Greifswald Tel.: 03834 - 3914 329 E-Mail: drugsafety@cheplapharm.com Fax: 03834 - 3914 349 |
|---|---|

Datenschutzhinweis: Als pharmazeutisches Unternehmen sind wir gesetzlich verpflichtet, Informationen zu möglichen Nebenwirkungen unserer Arzneimittel zu verarbeiten, zu speichern und an zuständige Gesundheitsbehörden weiterzugeben. Details können Sie unter <https://www.cheplapharm.com/rechtliche-hinweise/datenschutz/> abrufen.

I. PATIENTENDATEN

| | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Initialen* <input type="text"/> | Geburtsdatum* <input type="text"/> | Alter* | Geschlecht* männlich weiblich | Größe: cm Gewicht: kg | Studie/AWB nein ja: |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|

*Bitte machen Sie mindestens eine der vorgenannten Identifizierungsangaben, um die unerwünschte(n) Nebenwirkung(en) den Behörden wirksam melden zu können.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Grunderkrankung(en): | Begleiterkrankungen: |
|----------------------|----------------------|

II. UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

| | | |
|-----------------|--|--|
| UAW (Diagnose): | UAW-Startdatum <input type="text"/> | UAW-Stoppdatum <input type="text"/> |
|-----------------|--|--|

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

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Schwerwiegende UAW (Zutreffendes ankreuzen): Tödlich Lebensbedrohlich Stationäre Behandlung erforderlich oder verlängert Behinderung/Invalidität Kongenitale Anomalie/Geburtsfehler | Ausgang der UAW: Wiederhergestellt Besserung Fortbestehend Bleibende Schäden Unbekannt Verstorben am, Datum: <input type="text"/> | Autopsie: ja nein |
|---|--|-------------------------|

III. PRÄPARATE (vor Auftreten der UAW)

| Präparat(e)/ Substanz(en) Charge | Hersteller | Dosierung | 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:

V. DATEN DES BERICHTENDEN

| | | |
|---|--|-----------|
| Name, Vorname*: | Funktion*: Arzt Apotheker Patient/Angehöriger | Adresse*: |
| Zusätzlich berichtet an: | | Telefon*: |
| Datum, Unterschrift: <input type="text"/> | | E-Mail*: |

* Wir benötigen den Namen des Meldenden und bei meldenden Heilberuflern die Berufsbezeichnung. Die Angabe mindestens einer Kontaktmöglichkeit ist für Rückfragen notwendig (Telefon, E-Mail und/oder Adresse).