

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

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

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

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

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

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

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 نگردید

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 |
|----------|--------------------|-------------------|----------|-----------|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

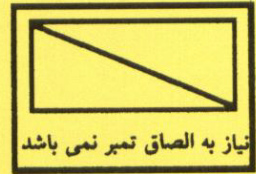
۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

| 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 گرمی و)

پست جواب قبول



طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرارداد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۹۴۸-۱۴۱۸۵

تلفن : ۴-۸۸۹۲۳۱۹۳ نمابر : ۸۸۸۹۰۸۵۷

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

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 :