

**FIȘA PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE FOLOSITE ÎN TRATAMENT DE ULTIMĂ INSTANȚĂ**

**Confidențial**

**Această fișă nu este o simplă hârtie, ar putea salva vieți!**

Inițiale pacient	Nr. FO/Reg Cons.	Data nașterii zz/ll/aaaa	Vârsta	Sex	Greutate (kg)	Înălțime (cm)	Data apariției reacției zz/ll/aaaa	Reacția adversă a determinat (marcați corespunzător):
								<input type="checkbox"/> Decesul pacientului <input type="checkbox"/> Punerea în pericol a vieții pacientului <input type="checkbox"/> Spitalizare/Prelungirea spitalizării <input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importantă sau durabilă <input type="checkbox"/> Anomalie/malformație congenitală
Descrierea reacției adverse suspectate (inclusiv semne, simptome, teste/rezultate relevante de laborator)								

**Informații privind medicamentul disponibil pentru folosire în tratament de ultimă instanță**

Denumirea/codul medicamentului (inclusiv denumirea substanței/substanțelor active)		Serie/lot:
		Nr. de autorizare al programului:
Doza zilnică:	Calea de administrare:	Durata administrării tratamentului:
Data începerii administrării:	Data opririi administrării:	
Indicația de administrare:		
Considerați posibilă existența unei relații de cauzalitate între medicamentul suspectat și reacția adversă? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		

**Medicamente administrate concomitent (inclusiv automedicație)**

Nr.	Medicament	Indicația	Calea de adm.	Doza zilnică	De la/Până la
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

**Reacția adversă a necesitat tratament?**

Da       Nu

**Dacă da, specificați tratamentul reacției adverse:**

--

**Pacientul s-a recuperat după reacția adversă? (marcați căsuța corespunzătoare)**

- Recuperat/rezolvat complet     
  Recuperat cu sechele     
  În curs de recuperare/rezolvare  
 Nerecuperat/Nerezolvat     
  Deces     
  Necunoscut

Comentați:.....

**S-a întrerupt administrarea medicamentului?      S-a redus doza?**

- Da       Nu     
  Da       Nu

**Reacția adversă s-a remis după întreruperea administrării ?      Complet?**

- Da       Nu     
  Da       Nu

Comentați evoluția reacției adverse:.....

**S-a reluat administrarea medicamentului?**

- Da       Nu

Comentați:.....

**Reacția adversă a reapărut după reluarea administrării medicamentului ?**

- Da       Nu

**În caz de deces, specificați cauza decesului, data, dacă s-a efectuat autopsie (dacă da, atașați rezultatul):**

--

**Alte date anamnestice relevante (de exemplu diagnostice, reacții alergice, sarcină, abuz de droguri și/sau alcool etc.)**

--

**Informații despre medicul raportor**

Nume și Prenume:..... Specialitatea:..... Număr de telefon:..... Data:..... Semnătura și parafa:..... ..... .....	Adresa unității sanitare ..... ..... Cod Poștal..... Telefon..... Fax.....
---	---

**Informații despre compania producătoare**

Numele companiei producătoare ..... ..... .....
--