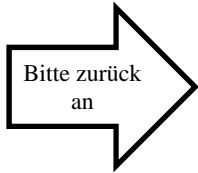


Datenbogen zur Erfassung von unerwünschten Ereignissen (UE) / unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)



HERMES ARZNEIMITTEL GMBH
Entwicklung & Produktsicherung- Pharmakovigilanz
Georg-Kalb-Straße 5-8 · 82049 Pullach
Telefon:+49 89 79102-790 · Fax:+49 89 79102-199
E-Mail: pv@hermes-arzneimittel.com

Eingangstempel
(Hermes intern):

Fallnummer:

Angaben zum Patient

Initialen _____ Geburtsdatum _____
Geschlecht w m Schwangerschaft _____ Monat
Gewicht _____kg Größe _____cm

Beobachtetes unerwünschtes Ereignis und dessen Verlauf

Aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel / Begleitmedikation	Ch.-B. Verfalldatum	Dauer der Anwendung von bis	Art der Einnahme	Dosierung	Indikation
----------------------------------	---------------------	-----------------------------	------------------	-----------	------------

Kausalzusammenhang?

1 _____
 Ja nein

2 _____
 Ja nein

3 _____
 Ja nein

Ausgang und Folgen des unerwünschten Ereignisses bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Patient wiederhergestellt (ohne Schaden)
<input type="checkbox"/> lebensbedrohend	<input type="checkbox"/> bleibender Schaden / Behinderung
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (mind. 1 Nacht)	<input type="checkbox"/> noch nicht erholt /unverändert anhaltend
<input type="checkbox"/> kongenitale Anomalien / angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> unbekannt / nicht berichtet
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

Besserung nach Behandlungsabbruch: ja nein keine Angaben

Verschlechterung nach erneuter Anwendung: ja nein keine Angaben

Angaben zur medizinischen Vorgeschichte des Patienten/ Krankheiten/ Anamnestische Daten

z.B. Grund-/Begleiterkrankungen (Leber-/Nieren- Funktionsstörungen, Allergien), Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol)

Verlauf und Therapie des unerwünschten Ereignisses

Wurde ein Arzt konsultiert? ja nein

Wurden Arzneimittel zur Behandlung des UE angewendet nein , wenn ja welche?

Weitere Angaben

Stempel (Arzt/Apotheke/ etc.)

Name des Berichtenden (in Druckbuchstaben)

Beruf Arzt Apotheker/in Krankenpfleger/in Heilpraktiker/in Hebamme Sonstige:

Anschrift

Telefon _____ Fax _____

E-Mail-Adresse

Ort/Datum/Unterschrift