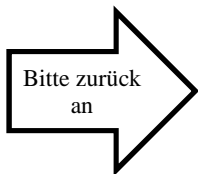


Datenbogen zur Erfassung von unerwünschten Ereignissen (UE) / unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)



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

Eingangstempel
(Hermes intern):

Fallnummer (Hermes intern):

Angaben zum Patient	
Initialen	Geburtsdatum
_____	_____
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	_____ . Monat
Gewicht	Größe
_____ kg	_____ cm

Beobachtetes unerwünschtes Ereignis und dessen Verlauf	
Aufgetreten am:	Dauer:

Arzneimittel / Begleitmedikation	Ch.-B. / Verfall-datum	Dauer der Anwendung von bis	Applikations-weg	Dosierung	Indikation
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteten Zusammenhang mit dem UE und Arzneimittel/Begleitmedikation 1 / 2 / 3 / 4 / 5 bitte ankreuzen!

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Arzneimittel zur Behandlung des UE angewendet nein <input type="checkbox"/> , wenn ja <input type="checkbox"/> welche?

Weitere Angaben	Stempel (Arzt/Apotheke/ etc.)

Name des Berichtenden (in Druckbuchstaben)	
Beruf <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker/in <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in <input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Anschrift	
Telefon	Fax
E-Mail-Adresse	
Ort/Datum/Unterschrift	