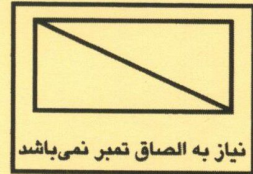


پست جواب قبول



نیاز به الصاق تمبر نمی‌باشد

طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است

طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو
تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵
تلفن: ۶۱۹۲۷۱۴۴ - ۶۶۱۷۶۹۳۴

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

مشخصات گزارشگر: پزشک

داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

نام مرکز درمانی:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک

تاریخ / / امضاء یا مهر گزارشگر:



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

[Empty box for identification]

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

۱- مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی :

سن : وزن :

جنس : مذکر مؤنث باردار

محل سکونت :

تلفن :

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 و اعتیاد ...) :

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 دارویی 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

Table with 8 columns for drug details and a dashed line for entry.

۱۳- سایر دارو های 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

Table with 8 columns for other drug details and a dashed line for entry.

توضیحات :

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و...)