

FARMACOM SA România, 500407 Braşov, str. Zizinului, nr. 112 tel. +40 745 020 508 • fax +40 374 811 540 office@farmacom.ro • www.farmacom.ro	Vă rugăm introduceți informații cât mai complete în formular. Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii. Vă rugăm să completați cu majuscule.	
FIȘA PACIENTULUI PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE		
CONFIDENȚIAL I.* PACIENT Nume/Prenume (inițiale): Sex M/F	Vârsta (ani/luni): Data nașterii (zi/lună/an): __/__/____ Greutate(kg): Înălțime (cm):	
II.* REACȚIA ADVERSĂ SUSPECTATĂ	Data apariției reacției: Data încetării reacției: Durata reacției (min/ore/zile):	
2. Gravitatea reacției adverse (bifați căsuța care descrie cel mai bine simptomele prezentate)		
Neplăcută fără să afecteze activitățile zilnice obișnuite	<input type="checkbox"/>	
Neplăcută dar care a afectat activitățile zilnice obișnuite	<input type="checkbox"/>	
A necesitat consult medical	<input type="checkbox"/>	
A necesitat spitalizare/prelungirea spitalizării	<input type="checkbox"/>	
A provocat un handicap sau incapacitate 1mportant/durabilă	<input type="checkbox"/>	
A dus la o anomalie congenitală	<input type="checkbox"/>	
A pus viața în pericol	<input type="checkbox"/>	
A survenit decesul	<input type="checkbox"/>	
Alte situații	<input type="checkbox"/>	
3. A fost necesar tratamentul reacției adverse?		
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Dacă DA, cum?
4. S-a redus doza?		
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați
5. S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat?		
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați
6. S-a reluat administrarea medicamentului suspectat?		
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați
7. Care a fost evoluția reacției adverse?		

Recuperat	<input type="checkbox"/>	Nerecuperat la momentul raportării	<input type="checkbox"/>		
În curs de recuperare	<input type="checkbox"/>	Recuperat cu sechele (urmări)	<input type="checkbox"/>		
Necunoscut	<input type="checkbox"/>				
8. Alte comentarii pe care le considerați necesare					
9. Ați comunicat reacția adversă unui profesionist din domeniul sănătății (medic, farmacist, asistent)?					
DA <input type="checkbox"/>		NU <input type="checkbox"/>			
10. Avem permisiunea dvs. de a contacta medicul în cazul în care avem nevoie de informații suplimentare sau de confirmarea medicală a acestui caz (precum rezultate ale investigațiilor medicale)?					
DA <input type="checkbox"/>		NU <input type="checkbox"/>			
Dacă răspunsul dvs. este DA, precizați numele medicului și adresa: Numele, prenumele medicului: Adresa unității medicale, oraș, județ, cod poștal: Tel/fax/email:					
III.* 1. Medicamentul suspectat (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, concentrație, forma farmaceutică, deținătorul autorizației de punere pe piață):					
Doza zilnică:		Calea de administrare:			
Lot (pt. vaccin)		Seria (pt. medicament)			
Data începerii administrării		Data opririi administrării			
2. Pentru ce a fost administrat medicamentul suspectat:					
3. Alte medicamente administrate concomitent (inclusiv vaccinuri, medicamente eliberate fără prescripție medicală, suplimente alimentare)					
Nume medicament	Doza zilnică	Calea de adm.	De la data	Până la data	Pentru ce a fost utilizat?
4. Medicamentul suspectat a fost utilizat în conformitate cu informațiile din Prospect?					
DA <input type="checkbox"/>			NU <input type="checkbox"/>		
5. Alte informații importante (alte afecțiuni, alergii, dacă ați mai utilizat în trecut acest medicament)					
IV.* Informații despre dumneavoastră, persoana care completează această fișă de reacție adversă (pot raporta reacții adverse pacienții, persoanele care asigură îngrijirea pacienților, reprezentanții legali):					
Nume, prenume:			Adresa:		
Cod postal:			Nr. de telefon:		
Adresa email:					

Vă rugăm semnați și datați acest formular (Sunt de acord ca FARMACOM SA să mă contacteze în vederea obținerii de informații suplimentare despre reacția adversă suspectată, dacă este necesar)

DATA

SEMNĂTURA