

<b>FARMACOM SA</b> 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.			
<b>FIȘA PENTRU RAPORTAREA SPONTANĂ A REACȚIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE DE CĂTRE PROFESIONIȘTI DIN DOMENIUL SĂNĂȚĂII</b>					
CONFIDENȚIAL <b>I.* PACIENT</b> Nume/Prenume (inițiale): Sex M/F Nr. foaie de observație:		Vârsta (ani/luni): Data nașterii (zi/lună/an): __/__/____ Greutate(kg): Înălțime (cm):			
<b>II.* DESCRIEREA REACȚIEI ADVERSE SUSPECTATE</b>     					
Data apariției reacției: Data încetării reacției: Durata reacției (min/ore/zile):					
<b>Reacția adversă a determinat:</b>					
Decesul pacientului					<input type="checkbox"/>
Punerea în pericol a vieții pacientului					<input type="checkbox"/>
Spitalizarea/Prelungirea spitalizării					<input type="checkbox"/>
Handicap/incapacitate importante sau durabile					<input type="checkbox"/>
Anomalie/malformație congenitală					<input type="checkbox"/>
<b>III.* 1. Medicamentul suspectat (inclusiv vaccinuri) (denumire comercială, concentrație, forma farmaceutică, deținătorul autorizației de punere pe piață):</b>					
Doza zilnică:			Calea de administrare:		
Lot (pt. vaccin)			Seria (pt. medicament)		
Data începerii administrării			Data opririi administrării		
<b>2. Pentru ce a fost administrat medicamentul suspectat:</b>   					
<b>3. Alte medicamente administrate concomitent (inclusiv vaccinuri, medicamente eliberate fără prescripție medicală, suplimente alimentare)</b>					
Nume medicament	Doza zilnică	Calea de adm.	De la data	Până la data	Pentru ce a fost utilizat?
<b>4. Tratamentul reacției adverse</b>					

DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Dacă DA, cum?	
<b>5. S-a redus doza?</b>			
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați	
<b>6. S-a întrerupt administrarea medicamentului suspectat?</b>			
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați	
<b>7. S-a reluat administrarea medicamentului suspectat?</b>			
DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	Comentați	
<b>8. Care a fost evoluția reacției adverse?</b>			
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"/>		
<b>9. Alte comentarii pe care le considerați necesare</b>			
<b>10. Alte informații importante (alte afecțiuni, alergii, dacă pacientul a mai utilizat în trecut acest medicament)</b>			
<b>IV.* Informații despre dumneavoastră, persoana care completează această fișă de reacție adversă</b>			
Nume, prenume:		Adresa spitalului/cabinetului:	
Specialitatea:		Nr. de telefon:	
Adresa email:		Parafa:	
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	