

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية للأدوية

١. معلومات المريض الذي تعرض للعرض الجانبي

اسم المريض :
الجنس : ذكر أنثى ، هل المريضة حامل نعم لا
العمر :
الوزن :
الطول :

٢. وصف العرض الجانبي

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ما مدى سوء هذه الأعراض (يمكن إختيار أكثر من واحد)

خفيف
 أثر على النشاط اليومي
 التتويم في المستشفى أو زيادة فترة التتويم الحالية
 حالة مرضية أخرى (حدّد)

تسبب في حالة مرضية خطيرة
 تسبب في حالة وفاة
 تسبب في تشوهات للمريض أو الجنين

٣. معلومات الدواء

اسم الدواء/الأدوية التي يتناولها المريض :
١. دواعي استخدام الدواء:
الجرعة المستخدمة والتركيز :
٢. تاريخ البدء باستخدام الدواء / /

هل تم التوقف عن الإستخدام بعد حدوث الأعراض الجانبية؟ لا نعم ، تاريخ التوقف عن الإستخدام / /

في حال وجود ملاحظات إضافية : (حساسية من الدواء ، تكرار المرض مسبقًا)

.....
.....
.....

هل توقف الأثر الجانبي بعد توقف استخدام الدواء ؟ نعم لا غير معروف

٤. الأدوية الأخرى التي تم أخذها خلال فترة العلاج بالدواء والحالة الصحية للمريض (في حال وجود أي أمراض مزمنة يعاني المريض منها)

الأدوية الأخرى التي تم أخذها خلال فترة العلاج	الحالة الصحية
١.....	١.....
٢.....	٢.....
٣.....	٣.....
٤.....	٤.....

٥. معلومات المُبلغ

أسم المُبلغ :	الوصف الوظيفي : <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> طبيب أسنان <input type="checkbox"/> صيدلاني <input type="checkbox"/> غير ذلك
العنوان :	رقم الهاتف / الجوال :
البريد الإلكتروني :	التاريخ : / /
التوقيع :	

فضلا إعادة ارسال التقريرالتقرير بعد التعبئة إلى :
pv@alshaercorp.com