

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (da compilarsi a cura del medico o farmacista)					
1. INIZIALI PAZIENTE	2. ETA'	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	6. CODICE MINISTERO SANITA'
7. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI*			8. GRAVITA' DELLA REAZIONE		
			MORTE <input type="checkbox"/>		
			HA PROVOCATO O HA PROLUNGATO L'OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/>		
			HA PROVOCATO INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/>		
			HA MESSO IN PERICOLO LA VITA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/>		
			10. ESITO		
			RISOLTA <input type="checkbox"/>		
* Se il segnalatore è un farmacista, riporti soltanto la descrizione della reazione avversa, se è un medico anche l'eventuale diagnosi			RISOLTA CON POSTUMI <input type="checkbox"/>		
9. ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI			PERSISTENTE <input type="checkbox"/>		
			MORTE: <input type="checkbox"/>		
11. SPECIFICARE SE LA REAZIONE È PREVISTA NEL FOGLIO ILLUSTRATIVO			DOVUTA ALLA REAZIONE AVVERSA <input type="checkbox"/>		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		IL FARMACO POTREBBE AVER CONTRIBUTITO <input type="checkbox"/>		
COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA FARMACO E REAZIONE			NON DOVUTA AL FARMACO <input type="checkbox"/>		
			CAUSA SCONOSCIUTA <input type="checkbox"/>		
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
12. FARMACO SOSPETTO (I) (NOME SPECIALITA' MEDICINALE)*			13. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE DEL FARMACO?		
A)			SI <input type="checkbox"/>		
B)			NO <input type="checkbox"/>		
C)					
*nel caso di prodotti biologici, indicare il numero di lotto					
14. DOSAGGIO (I) GIORNALIERO (I)		15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE		16. DURATA DELLA TERAPIA DAL AL	
A)		A)		A) SI NO	
B)		B)		RICOMPARSA DEI SINTOMI	
C)		C)		SI NO	
18. INDICAZIONI PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO					
19. FARMACO (I) CONCOMITANTE (I) E DATA(E) DI SOMMINISTRAZIONE					
20. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISponentI			21. LA SCHEDA E' STATA INVIATA ALLA:		
			AZIENDA PRODUTTRICE USL		
			DIREZIONE SANITARIA		
			MINISTERO DELLA SANITA'		
INFORMAZIONE SUL SEGNALATORE					
22. FONTE		OSPEDALIERO		23. NOME ED INDIRIZZO DEL MEDICO O FARMACISTA	
MEDICO DI BASE <input type="checkbox"/>	FARMACISTA <input type="checkbox"/>		N. ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE- PROVINCIA		
SPECIALISTA <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>				
24. DATA COMPILAZIONE			25. FIRMA		
26. CODICE USL			27. FIRMA RESPONSABILE		
INFORMAZIONE SULLA DITTA FARMACEUTICA					
NOME E INDIRIZZO			FONTE DELLA SEGNALAZIONE		
			STUDIO CLINICO <input type="checkbox"/>		
			LETTERATURA <input type="checkbox"/>		
			PERSONALE SANITARIO <input type="checkbox"/>		
NUMERO DI REGISTRO			TIPO DI RAPPORTO:		
			INIZIALE <input type="checkbox"/>		
DATA IN CUI LA SEGNALAZIONE E' PERVENUTA ALL'IMPRESA					
DATA DI QUESTO RAPPORTO			SEGUITO DI ALTRO RAPPORTO <input type="checkbox"/>		

N.B.: E' obbligatoria soltanto la compilazione dei seguenti campi: 2, 4, 7, 8, 12, 22, 24, 25