

باسمه تعالی

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

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار: *

نام و نام خانوادگی:

سن: وزن:

جنس: مذکر مؤنث باردار

محل سکونت:

تلفن:

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

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /

۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار: *

۶- سابقه بیمار: (آلزایم، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی، اعتیاد و ...):

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 پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده؟

بدون داشتن سری ساخت و نام کارخانه، این برگ غیرقابل پیگیری است

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

۱۳- سایر داروهای 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

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 ...)

پست جواب قبول



طی قرارداد ۱۴۱۵۴/۲۱ هزینه پست پرداخت گردیده است

طرف قرارداد: معاونت غذا و دارو

تهران: صندوق پستی ۴۶۶-۱۷۷۷۵

تلفن: ۰۲۱-۶۱۹۲۷۱۴۴ و ۰۲۱-۶۶۱۷۶۹۳۴

ارسال گزارش به صورت آنلاین از طریق سایت www.fda.gov.ir و یا لینک مستقیم adr.ttac.ir

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

★ مشخصات گزارشگر: پزشک داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک

تاریخ ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر: