بسمه تعالي

 وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکي- معاونت غذا دارو

مرکز ثبت و بررسي عوارض ناخواسته ناخواسته

1- مشخصات بيمار :

نام و نام خانوادگي

سن: وزن

جنس: مذکر مونث باردار

تلفن محل سکونت

2- نوع عارضه داروئي مشاهده شده و اقدامات درماني انجام شده

5- سابقه هر نوع عارضه داروئي در گذشته براي بيمار:

3-تاريخ شروع عارضه داروئي

4-عارضه چه مدت ادامه یافته است

12-داروهاي مشکوک به عارضه:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دارو | شکل و قدرت داروئي | مقدار مصرف روزانه | راه مصرف | مورد مصرف | تاريخ شروع و پايان مصرف | کارخانه سازنده و شماره سري ساخت |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

14- توضيحات :

13-ساير داروهاي مورد مصرف بيمار در زمان عارضه:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دارو | شکل و قدرت داروئي | مقدار مصرف روزانه | راه مصرف | مورد مصرف | تاريخ شروع و پايان مصرف | کارخانه سازنده و شماره سري ساخت |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

11-يافته هاي پاراکلينيکي مرتبط با عارضه مشاهده شده

9-سرانجام عارضه داروئي : بهبودي عدم بهبودي نقص عضو مرگ ساير موارد

10-آيا عارضه داروئي منجر به بستري شدن بيمار گرديده است ؟ بلي خير

7-آيا عارضه مشاهده شده بعد از قطع دارو،کاهش يافته است؟ بلي خير دارو قطع نشده است.

8-آيا بعداز تکرار مصرف دارو ،عارضه مجددا ظاهر شده است؟ بلي خير دارو مجددا مصرف نگرديد.

6-سابقه بيمار: (آلرژي،بيماري ارثي،نقص آنزيمي،بيماريهاي فعلي و اعتياد...):