

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ**

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Αρχικά Ασθενούς	Αριθμός Ιστορικού	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	Φύλο
			Kgr	cm	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

**2. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (ΑΕ)**

Καταγράψτε τη ΔΙΑΓΝΩΣΗ ή τα σημεία & συμπτώματα	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΚΒΑΣΗ
	ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
			Στην στήλη αριστερά, σημειώστε 1 έως 6, ανάλογα με το αν η έκβαση της αντίστοιχης ΑΕ είναι: 1 = Θάνατος 2 = Δεν έχει ακόμη αναρρώσει 3 = Ύαση χωρίς βλάβες 4 = Ύαση με μόνιμες βλάβες 5 = Υπό ανάρρωση 6 = Άγνωστη

Θεωρείτε ότι κάποια από τις παραπάνω ΑΕ είναι σοβαρή;  Ναι  Όχι

Εάν **ΝΑΙ**, σημειώστε γιατί η ΑΕ θεωρείται σοβαρή (σημειώστε όλα όσα αρμόζουν) :

Πρόκληση Θανάτου <input type="checkbox"/>	Άμεσα Απειλητική για τη Ζωή <input type="checkbox"/>	Πρόκληση ή παράταση νοσηλείας <input type="checkbox"/>	Πρόκληση εμμένουσας ή σημαντικής αναπηρίας ή ανικανότητας <input type="checkbox"/>	Συγγενής Ανωμαλία / Βλάβη κατά τον τοκετό <input type="checkbox"/>	Σημαντικό Ιατρικό Συμβάν <input type="checkbox"/>
Σε περίπτωση θανάτου, αναφέρατε την αιτία: (εφόσον υπάρχει πόρισμα ιατροδικαστή παρακαλούμε επισυνάψτε)				Ημ/νία Θανάτου:	

**3. ΦΑΡΜΑΚΑ:**

	Εμπορική ονομασία / δραστική ουσία	Αριθμός Παρτίδας (Lot No.)	ΟΔΟΣ χορήγησης	ΔΟΣΗ (Μονάδες & Συχνότητα)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
					ΕΝΑΡΞΗΣ	ΛΗΞΗΣ	
ΥΠΟΠΤΑ							
ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ							

**4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** π.χ. Σχετικό Ιατρικό Ιστορικό (Αλλεργίες, Προηγούμενες ΑΕ, Περιβαλλοντικοί Παράγοντες, Κάπνισμα, Κατάχρηση ουσιών), Πορεία συμπτωμάτων, Εργαστηριακά ευρήματα, Συσχέτιση, Αντιμετώπιση.

**5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Όνοματεπώνυμο:	Ιδιότητα Αναφέροντος
Διεύθυνση:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Ιατρός, ειδικότητα: _____
Νοσ. Ίδρυμα:	<input type="checkbox"/> Νοσ/κός Φαρμακοποιός
Τηλ.:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Ιατρός, ειδικότητα: _____
Υπογραφή:	<input type="checkbox"/> Ιδιώτης Φαρμακοποιός
Ημερομηνία:	<input type="checkbox"/> Άλλη, διευκρινίστε: _____

ΣΦΟΔΡΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΜΗΤΗΚΗ ΤΑΞΙΑ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΣΦΟΔΡΙΣΤΕ ΜΕ ΣΥΓΚΟΜΗΤΗΚΗ ΤΑΞΙΑ Η ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟ

ΧΩΡΙΣ ΤΕΛΟΣ

Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ

ΠΡΗΡΩΝΕΙ

ΤΟ ΤΕΛΟΣ.

## ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Απαντητική Επιστολή

Αριθμ. Πελάτη 30875215

155 85 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

- ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία του πίνακα διαθέτετε.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ  
Αναφέρατε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμα και αν δεν είσατε βέβαιοι ότι οφείλονται στο φάρμακο. ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** ΦΑΡΜΑΚΑ  
Συμπληρώστε ΟΣΑ στοιχεία διαθέτετε
- ΠΡΟΣΟΧΗ!** Τα ελάχιστα στοιχεία για να μπορέσει να αξιολογηθεί η κάρτα είναι:  
ΥΠΟΠΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ με ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ και ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ