

**FISA PENTRU RAPORTAREA SPONTANA A REACTIILOR ADVERSE LA MEDICAMENTE**

**Initiale pacient:**

Bifati caracteristica adecvata

Nr. F.O./Reg.cons./Nr. Rp	Sex	Varsta	Data nasterii	Data aparitiei reactiei	Durata

**Descrierea reactiei adverse suspectate**

	Reactia adversa a determinat (daca este cazul):
	<input type="checkbox"/> Decesul pacientului <input type="checkbox"/> Punerea in pericol a vietii pacientului <input type="checkbox"/> Spitalizarea/Prelungirea spitalizarii <input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importante sau durabile <input type="checkbox"/> Anomalie/malformatie congenitala

**Medicamentul(e) suspectat(e) (denumire comerciala, producator):**

	Doza zilnica:	Calea de administrare:
	Lot (pt. vaccin): Seria (pt. medicament):	
	Data inceperii administrarii:	Data opririi administrarii:

**Pentru ce a/au fost indicat/indicate medicamentul/medicamentele suspectat/suspectate:**

--

**Alte medicamente (si automedicatie)**

Medicament	Doza zilnica	Cale de administrare	De la / Pana la	Pentru ce a fost indicat

**Tratamentul reactiei adverse:**

--

**Recuperare dupa reactia adversa?**

Completa? <input type="checkbox"/> DA; <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
Sechele? <input type="checkbox"/> DA; <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
Necunoscuta	Comentarii:

**S-a intrerupt administrarea medicamentului suspectat?**

<input type="checkbox"/> DA; <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
--	-------------

**S-a redus doza?**

<input type="checkbox"/> DA; <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
--	-------------

**Cum a evoluat reactia adversa suspectata ?**

--

**Reluarea administrarii medicamentului suspectat?**

<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
--	-------------

**Alte comentarii (antecedente relevante, alergii, daca pacientul a mai utilizat in antecedente medicamentul suspectat)**

--

**Evaluarea medicala a cazului - Reactia adversa este listata in prospectul medicamentului?**

<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
--	-------------

**Considerati ca exista o legatura cauzala certa intre administrarea medicamentului si aparitia reactiei adverse?**

<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Comentarii:
--	-------------

Nume, prenume, functie:

Telefon:

Adresa:

Semnatura si data: