|  |
| --- |
| **Rapporteringskälla** |
| Rapport via | ❒ Läkare ❒ Patient ❒ Myndighet ❒ Litteratur ❒ Annan:  |
| Namn |  |
| Gatuadress |  |
| Postnummer/Ort | Land |  |  |
| Tel. Nr | Fax Nr |  |  |
| Institution | ❒ Klinik ❒ Medicinsk praktik ❒ Annan: |
| **Patientdata** |
| Patient-ID | Efternamn [ \_\_ ] Tilltalsnamn [ \_\_ ] 2. Mellannamn [ \_\_ ] |
| Födelsedatum | Ålder | [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] | [\_\_ \_\_] år |
| Kön |  | ❒ Kvinna | (gravid ? ) ❒ Nej ❒ Ja [\_\_ \_\_] . Vecka |
| Etniskt ursprung | ❒ Kaukasisk ❒ Afrikansk ❒ Asiatisk ❒ Annat: |
| Längd | Vikt | [\_\_ \_\_ \_\_] cm | [\_\_ \_\_ \_\_] kg |
| Bakomliggande sjukdom |  |
| **Uppgifter om MEDICE**   |
| Produkt | Indikation |  |  |
| Doseringsform/beredningsform | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ❒ p.o. ❒ i.v. ❒ i. m. ❒ top. ❒Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Daglig dos [enhet] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [\_\_\_\_\_\_] |
| Behandlingsdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Läkemedelsintag i graviditetsvecka | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Sjukdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Har läkemedlet tagits och tolererats tidigare? | ❒ Ej förskrivet | ❒ Förskrivet och tolererat❒ Förskrivet men icke-tolererat |
| **Samtidig medicinering/samtidig sjukdom** |
| **1. Produkt** | Indikation |  |  |
| Behandlingsdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Sjukdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Beredningsform | Daglig dos [enhet] | ❒ p.o. ❒ i.v. ❒ i. m. ❒ top. ❒Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ [\_\_\_\_\_] |
| **2. Produkt** | Indikation |  |  |
| Behandlingsdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Sjukdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Beredningsform | Daglig dos [enhet] | ❒ p.o. ❒ i.v. ❒ i. m. ❒ top. ❒Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ [\_\_\_\_\_] |
| **3. Produkt** | Indikation |  |  |
| Behandlingsdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Sjukdatum/duration | Från: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_] Till: [\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_] | Duration: \_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Beredningsform | Daglig dos [enhet] | ❒ p.o. ❒ i.v. ❒ i. m. ❒ top. ❒Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ [\_\_\_\_\_] |
| Andra sjukdomar |  |
| Riskfaktorer/andra relevanta faktorer | ❒ Nkotin ❒ Diet ❒ Pacemaker ❒ Metabola störningar❒ Alkohol ❒ Läkemedelsmissbruk ❒ Implantat ❒ Preventivmedel❒ Allergi ❒ Fysioterapi ❒ Strålning ❒ Annat:  |
|  |

|  |
| --- |
| **Utfall av graviditet** |
| Beskrivning av kliniskt förlopp och utfall av graviditet |  |

|  |
| --- |
| **Om ytterligare biverkningar - Orsak** |
| **Rapporter (t.ex. läkarrapporter)** |
| **Allvarlighet**❒ Allvarlig ❒ Icke-allvarligOrsak: ❒ Dödlig  ❒ Livshotande ❒ Permanent handikapp  ❒ Malignitet ❒ Kongenital missbilldning  ❒ Förlängd sjukhusvistelse ❒ Nödvändig sjukhusvistelse |
| **Intensitet**❒ Lätt ❒ Måttlig ❒ Allvarlig |
| **Orsakssamband med LÄKEMEDLET**❒ Säkert ❒ Inte troligt❒ Troligt ❒ Inget samband❒ Möjligt ❒ Obestämbart ❒ Inte bedömt |
| **Kommentarer** |
| **Underskrift/datum:**  |
| **Fyll i ytterligare formulär vid biverkningar hos denna patient under graviditet.** |

**VÄNLIGEN FAXA DET IFYLLDA FRÅGEFORMULÄRET TILL: +49 2371 937 360**

**ELLER MEJLA TILL: drugsafety@medice.de**