

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE □□□□□ 16. DURATA DELL'USO: DAL □□□□□ AL □□□□□

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

Prego, girare il foglio →

21. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati precedentemente):

A: □□□□□

B: □□□□□

C: □□□□□

22. FARMACO/I CONCOMITANTE/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A) □□□□□ 23. LOTTO □□□□□ 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare) □□□□□

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE □□□□□ 26. DURATA DELL'USO: DAL □□□□□ AL □□□□□

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

B) □□□□□ 23. LOTTO □□□□□ 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare) □□□□□

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE □□□□□ 26. DURATA DELL'USO: DAL □□□□□ AL □□□□□

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

31. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati qui sopra):

A: □□□□□ B: □□□□□

32. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ecc. (specificare):

□□□□□

33. CONDIZIONI PREDISPONENTI e/o CONCOMITANTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

□□□□□

34. ALTRE INFORMAZIONI

□□□□□

INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE E SUL SEGNALATORE

35. INDICARE SE LA REAZIONE E' STATA OSSERVATA NELL'AMBITO DI: Progetto di Farmacovigilanza Attiva Registro Farmaci

Studio Osservazionale, specificare: titolo studio □□□□□ tipologia □□□□□ numero □□□□□

36. QUALIFICA DEL SEGNALATORE MEDICO OSPEDALIERO
 MEDICO MEDICINA GENERALE PEDIATRA LIBERA SCELTA
 SPECIALISTA MEDICO DISTRETTO

37. DATI DEL SEGNALATORE (i dati del segnalatore sono trattati in modo confidenziale)

NOME E COGNOME: □□□□□

FARMACISTA INFERMIERE
 CAV ALTRO (specificare): □□□□□

INDIRIZZO: □□□□□

38. ASL DI APPARTENENZA: □□□□□

39. REGIONE: □□□□□

TEL E FAX: □□□□□

E-MAIL: □□□□□

40. DATA DI COMPILAZIONE: □□□□□

41. FIRMA DEL SEGNALATORE □□□□□