

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

PharmaCept GmbH  
Bessemerstr. 82  
12103 Berlin  
Fax: 030 / 75 65 98 511



## Angaben zum Patienten

1. Initialen (Vor-/Nachname)	2. Geburtsdatum (tt-mm-jj)	3. Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	4. Größe	5. Gewicht	6. Schwangersch.-woche
7. Relevante medizinische Krankengeschichte (Krankheit/Jahr):					
8. Risikofaktoren: <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Allergien* <input type="checkbox"/> Arzneimittelabusus* <input type="checkbox"/> Stoffwechseldefekte* <input type="checkbox"/> Sonstige* *Weitere Erläuterungen:					

## Angaben zu Nebenwirkungen

9. Beobachtete Nebenwirkung(en):	aufgetreten am	Dauer (Std./Tage)
10. Schweregrad: <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> Patient verstorben durch Nebenwirkung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung aufgrund der Nebenwirkung oder stationäre Verlängerung aufgrund der Nebenwirkung <input type="checkbox"/> zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung führend <input type="checkbox"/> Medizinisches Eingreifen erforderlich <input type="checkbox"/> eine kongenitale Anomalie oder Geburtsfehler verursachend <input type="checkbox"/> nicht zutreffend		
11. Maßnahmen / Therapie: <input type="checkbox"/> PC-Arzneimittel* abgesetzt <input type="checkbox"/> PC-Arzneimittel* fortgesetzt <input type="checkbox"/> Dosierung reduziert *PC=PharmaCept Therapie der Nebenwirkung:		
12. Ausgang: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus (Todesursache: _____) Autopsie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13. Beurteilung des Kausalzusammenhangs: <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> unbeurteilt <input type="checkbox"/> kein Zusammenhang mit Arzneimittelgabe		

## Angaben zu den Arzneimitteln

14. Arzneimittel (ggf. CH.-B.)	Tagesdosis (mg)	Applik.-art	Beginn	Ende	Indikation
a)					
b)					
c)					
d)					
15. Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d					
16. Verdächtiges Arzneimittel früher gegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 17. übertragen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

## Weitere Bemerkungen

18. Laborbefunde, Untersuchungsergebnisse usw. (ggf. Anlage verwenden)
19. Wer wurde informiert? <input type="checkbox"/> BfArM <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/> AKDÄ Sonstige:

## Angaben zum Reporter

20. Name:	21. Fachrichtung:	22. PLZ:
23. Datum:	24. Unterschrift/Stempel:	25. Telefonnr./Faxnr.:

Erstellt am	Gültig ab	Erstellt von	Genehmigt am	Version
01.09.2014	September 2014			Stand: September 2014