

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Quality Management Fresenius Kabi – Vigilance
 Fresenius Kabi Deutschland GmbH
 Borkenberg 14
 61440 Oberursel, Deutschland

Internet: www.fresenius-kabi.de/vigilance
 Email: pharmacovigilance@fresenius-kabi.com
 T +49 6172 686 4520
 F +49 6172 686 4505

Patient/in	
Initialen	Geburtsdatum
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	. Monat
Gewicht	Größe
kg	cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am . .	Dauer

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5 Bitte kreuzen Sie mind. ein Arzneimittel an.

<p>Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)</p>
<p>Relevante Untersuchungsergebnisse (z. B. Laborwerte mit Datum)</p>
<p>Maßnahmen / Therapie</p>

<p>Folgen der vermuteten UAW</p> <p><input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)</p> <p><input type="checkbox"/> lebensbedrohend</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (verlängert)</p> <p><input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht erholt</p> <p><input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Therapieabbruch nach UAW</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p>Besserung nach Therapieabbruch</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p>Verschlechterung nach erneuter Gabe</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
--

Das Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

Name der meldenden Person:	Datum:
Anschrift / Klinik:	
Telefonnummer:	_____
Email:	Unterschrift