

## نموذج رصد الاثار الجانبية للادوية المشتبه بحدوثها والمشاكل المتعلقة بالمستحضرات الصيدلانية

ملاحظة : المعلومات المتعلقة بشخص كل من المبلغ والمريض والمؤسسة المعنية ستبقى سرية

بيانات المريض الذي تعرض للمرض الجانبي:

رقم الملف الطبي..... اسم المريض: ..... تاريخ الميلاد: ..... الطول:

جنس المريض:  ذكر  أنثى, هل المريضة حامل؟  نعم, في اي مرحلة:  لا  العمر:

اسم الدواء / الأدوية ( الاسم التجاري ) التي يتناولها المريض	اسم المصانع ورقم التشغيل	شكل الدواء وطريقة استخدامه	الجرعة والتركيز	تاريخ ابتداء تناول الدواء	تاريخ توقف عن تناول الدواء	دواعي استعمال الدواء
1.						
2.						
3.						
1.						
2.						
3.						
الآثار الجانبية المشتبه بحدوثها والمشاكل المتعلقة بالدواء ( نقص في فاعلية الدواء ، عيوب تصنيعه)		تاريخ ظهور الاثر الجانبي او المشكلة		الفترة الزمنية للأثر الجانبي أو المشكلة او تاريخ توقف الاثر الجانبي أو المشكلة		
1.						
2.						
3.						

ملاحظات : ( تاريخ سابق متعلق بالمرض ، حساسية ، استعمال مسبق للدواء , ..... )

.....  
.....  
.....

تبعات الاثر / الآثار الجانبية :

هل تبعات الأثر الآثار الجانبية خطيرة ؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
إذا كانت خطيرة فما هي :		
<input type="checkbox"/> وفاة المريض . تاريخ الوفاة : .....	<input type="checkbox"/> سبب الوفاة : .....	
<input type="checkbox"/> تهديد الحياة للمريض	<input type="checkbox"/> دخول مستشفى	<input type="checkbox"/> إطالة مدة إقامة المريض في المستشفى
<input type="checkbox"/> إعاقة مستديمة	<input type="checkbox"/> ظهور عيب خلفي	<input type="checkbox"/> تبعات اخرى, أذكرها .....
حالة المريض يوم كتابة التقرير :	<input type="checkbox"/> شفاء تام	<input type="checkbox"/> شفاء مع ظهور نقص وظيفي
<input type="checkbox"/> وفاة	<input type="checkbox"/> غير معلوم النتائج	<input type="checkbox"/> تبعات أخرى, أذكرها .....
هل تم إيقاف استخدام اي من الادوية المشتبه بها ؟ <input type="checkbox"/> نعم , ما هي ؟ <input type="checkbox"/> لا		

هل توقف الاثر الجانبي بعد توقف استخدام الدواء ؟  نعم  لا  غير معروف

ما هو الاثر / الآثار الجانبية التي توقفت؟.....بعد إعادة تناول ؟

نعم  لا  غير معروف

اسم المُبلِّغ ووصفه الوظيفي : (  طبيب  طبيب اسنان  صيدلي  ممرض )  غير ذلك : .....

عنوان العمل : ..... توقيع المبلغ : ..... التاريخ : ..... رقم الهاتف : .....

الصندوق البريدي : ..... البريد الالكتروني : ..... رقم الفاكس : .....

خاص بالمؤسسة العامة للغذاء والدواء

تاريخ استلام التقرير ..... رقم التقرير الخاص بالبرنامج : .....

ملاحظة : عند وجود الحاجة الى حيز أكبر ، أرفق تقرير اخر