

نموذج الإبلاغ عن الآثار الجانبية للأدوية/ المشاكل المتعلقة بالأدوية

1. معلومات المريض

اسم المريض /الأحرف الأولى من اسمه:	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى	هل يوجد حمل؟ ☐ نعم، في أي شهر؟ ☐ لا
العمر:	الوزن:	الطول:
رقم الهاتف:		

2. الدواء المشتبه به

اسم الدواء	تركيز الدواء	الجرعة اليومية	طريقة الاستخدام (عن طريق الفم، حقن، إلخ) / الشكل الصيدلاني (أقراص، كبسولات، شراب، إلخ)	تاريخ بدء تناول الدواء	تاريخ توقف تناول الدواء	دواعي استعمال الدواء	رقم التشغيلة

3. الأثر الجانبي

وصف الأثر الجانبي	تاريخ مرضي سابق متعلق بالمشاكل الصحية السابقة، أو استعمال سابق للدواء، معلومات إضافية...	مدى خطورة الأثر الجانبي: ☐ مميت ☐ مهدد للحياة ☐ سبب إعاقة دائمة ☐ تطلب الدخول إلى المستشفى ☐ أطال مدة البقاء في المستشفى ☐ تسبب في عيوب خلقية للأجنة ☐ تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم ☐ أخرى،
تاريخ حدوث الأثر الجانبي:	تاريخ توقف الأثر الجانبي:	حالة المريض حالياً: ☐ شفاء تام ☐ متوقع الشفاء ☐ دخول المستشفى ☐ وفاة ☐ غير معروف ☐ أخرى،
هل زال الأثر الجانبي؟ ☐ نعم ☐ لا	هل ظهر الأثر الجانبي بعد إعادة استخدام الدواء؟ ☐ نعم ☐ لا	هل توقف الأثر الجانبي بعد التوقف عن استخدام الدواء؟ ☐ نعم ☐ لا

4. المشاكل الأخرى المتعلقة بالدواء

المشكلة المتعلقة بالدواء: ☐ نقص فعالية الدواء ☐ عيوب تصنيعية ☐ أخطاء دوائية ☐ سوء الاستخدام ☐ أخرى،	وصف المشكلة المتعلقة بالدواء
تاريخ ظهور المشكلة:	

5. معلومات المبلغ

اسم المبلغ:	رقم الهاتف:	العنوان:	البريد الإلكتروني:
-------------	-------------	----------	--------------------