

Vă rugăm să completați și să trimiteți acest formular la Prisum Healthcare SRL, Str. Gara Herăstrău nr. 6, etaj 3, Sector 2, București, 020334, telefon: 0213220118, fax: 0213217064 sau E-mail: roregaff@prisum.ro.

Detalii despre Pacient							
Inițiale pacient	Data nașterii zz/ll/aaaa	Vârsta	Sex	Greutate (kg)	Înălțime (cm)	Data apariției reacției zz/ll/aaaa	Sarcina
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Necunoscută Daca da, data estimată a nașterii zz/ll/aaa

Detalii despre Raportor	
Nume și prenume:	
Companie/Adresa:	
E-mail	
Telefon:	
<b>Dacă sunteți profesionist din domeniul sănătății, bifați mai jos categoria</b>	
<input type="checkbox"/> Medic <input type="checkbox"/> Farmacist <input type="checkbox"/> Asistent medical <input type="checkbox"/> Asistent de farmacie <input type="checkbox"/> Altele, vă rugăm menționați	

Medicamentul suspectat sau dispozitivul medical				
Numele medicamentului sau dispozitivului medical:				
Indicație terapeutică	Concentrație	Doza zilnică	Acțiune luată	Calea de administrare
<input type="checkbox"/> Indicație off-label			<input type="checkbox"/> Doză crescută <input type="checkbox"/> Doză scăzută <input type="checkbox"/> Întreruperea medicamentului <input type="checkbox"/> Nicio schimbare <input type="checkbox"/> Necunoscut	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Necunoscută <input type="checkbox"/> Alta (vă rugăm specificați):
Data începerii (zz/ll/aaa)	Data opririi (zz/ll/aaa)	Seria/lot		

Medicamente administrate concomitent				
<input type="checkbox"/> Niciunul <input type="checkbox"/> Necunoscut				
Medicament	Indicația	Calea de adm.	Doza zilnică	De la/Până la

**Istoric medical** (Vă rugăm sa atasați pagini suplimentare dacă este necesar)  
SAU  Nu există istoric medical relevant

Descriere	Data începerii (zz/ll/aaa)	Data opririi (zz/ll/aaa)

**Reacțiile/evenimentele adverse suspectate**

Scurtă descriere a reacției/evenimentului advers	Data apariției (zz/ll/aaa)	Data încetării (zz/ll/aaa)	Evaluarea cauzalității		
			Legată	Ne legată	Necunoscută
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Detalii suplimentare despre reacție sau eveniment advers** (Vă rugăm sa atasați pagini suplimentare dacă este necesar)

<p><b>Rezultatul reacției:</b></p> <input type="checkbox"/> Recuperat în (zz/ll/aaa) <input type="checkbox"/> În curs de recuperare <input type="checkbox"/> Recuperat cu sechele <input type="checkbox"/> Nerecuperat <input type="checkbox"/> Necunoscut <input type="checkbox"/> Neraportat <input type="checkbox"/> Deces (data decesului zz/ll/aaa)	<p><b>Criterii serioase:</b></p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (selectați unul de mai jos) <input type="checkbox"/> Decesul pacientului <input type="checkbox"/> Punerea în pericol a vieții pacientului <input type="checkbox"/> Spitalizare/Prelungirea spitalizării <input type="checkbox"/> Handicap/incapacitate importantă sau durabilă <input type="checkbox"/> Anomalie/malformație congenitală <input type="checkbox"/> Alte evenimente medicale semnificative
--	--

**Semnătură:**

**Data:**

**Vă mulțumim pentru timpul acordat completării acestui formular!**