

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)

N° _____

Pat. Initialen _____ Vorname Name	Geburtsdatum _____ Tag Monat Jahr	Geschlecht _____ Weibl. Männl.	Gewicht _____ kg	Beginn der UAW _____ Tag Monat Jahr	Dauer der UAW _____
---	---	--------------------------------------	------------------------	---	------------------------

Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung

(Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf):

Latenzzeit der UAW*

* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)

Fortsetzung s. Rückseite

Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte mit Datum, Histologie, evtl. Kopien beilegen):

Allfällige Therapie der UAW:

Folgen der vermuteten UAW

<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> bleibende Schädigung oder Behinderung
<input type="checkbox"/> lebensbedrohend	<input type="checkbox"/> Hospitalisation verlängert	<input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig
<input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt	<input type="checkbox"/> noch nicht erholt	<input type="checkbox"/> anderes: _____

Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch

Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe

von: _____
 ja nein anderes: _____

von: _____
 ja nein anderes: _____

Verdächtige Arzneimittel

Markenname	Lot-Nr. (Biologika, z.B. Impfstoffe)	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von*	bis**	Indikation
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre)

** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER

Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren

Schwangerschaft (letzte Periode am: _____) Allergien: _____ Rauchen: _____
 Alkohol: _____ Nierenleiden: _____ Kreatinin (Wert, Datum): _____
 Leberleiden (Virusserologien): _____ anderes: _____

Weitere Bemerkungen bitte auf der Rückseite anbringen

bitte wenden ->

Bitte senden Sie die Meldung in verschlossenem Briefumschlag an das REGIONALE PHARMACOVIGILANCE-ZENTRUM Ihres Einzugsgebiets oder an ein anderes REGIONALES PHARMACOVIGILANCE-ZENTRUM. Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!

Absender oder Stempel:

Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Fax	_____
	_____	e-mail	_____

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar, Beilagen):

Regionale Pharmacovigilance-Zentren

Basel	Bern	Genf
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital Hebelstrasse 2 4031 Basel</p> <p>Tel. 061 265 88 62/68 · Fax 061 265 45 60 vigilance@uhbs.ch www.unibas.ch/kpharm</p>	<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern</p> <p>Tel. 031 632 31 91 · Fax 031 632 49 97 vigilance@ikp.unibe.ch www.ikp.unibe.ch/mid</p>	<p>Centre d'informations thérapeutiques et Centre régional de pharmacovigilance Service de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpitaux Universitaires de Genève 1211 Genève 14</p> <p>Tel. 022 382 99 36/32 · Fax 022 382 99 40/45 medvig@hcuge.ch www.pharmacoclin.ch</p>
Lausanne	Lugano	
<p>Service d'informations thérapeutiques, Centre régional de pharmacovigilance et Swiss Teratogen Information Service STIS Division de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital de Beaumont 6^{ème} étage 1011 Lausanne CHUV</p> <p>Tel. 021 314 41 89 · Fax 021 314 42 66 vigil@chuv.ch www.chuv.ch/pcl www.swisstis.ch</p>	<p>Servizio di consulenza sui farmaci e Centro regionale di farmacovigilanza Ospedale Regionale di Lugano Sede Civico Via Tesserete 46 6903 Lugano</p> <p>Tel. 091 811 67 50 · Fax 091 811 67 51 farmacovigilanza@bluewin.ch www.farmacovigilanza.ch</p>	
Zürich		
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinik für klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital 8091 Zürich</p> <p>Tel. 044 255 27 70 · Fax 044 255 44 11 medi.info@usz.ch www.pharmakologie.unispital.ch</p>	<p>Medikamenteninformationsdienst / Pharmacovigilance Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum Freiestr. 16, Postfach 8028 Zürich</p> <p>Tel. 044 634 10 36 · Fax 044 252 88 33 medi.info@usz.ch www.toxi.ch</p>	

Information über Produktmängel:

telefonisch, per Fax oder e-mail erbeten an Tel. 031 323 16 63, Fax 031 322 07 22, e-mail market.surveillance@swissmedic.ch

Toxikologische Notfälle: direkt das Tox-Zentrum anfragen Tel. 145

Datum:

Unterschrift: