

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) N°

Pat. Initialen	Geburtsdatum	Geschlecht	Gewicht	Beginn der UAW	Dauer der UAW
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weibl. <input type="checkbox"/> Männl.	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Vorname Name	Tag Monat Jahr		kg	Tag Monat Jahr	

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. Labor, 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
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> anderes:
		von:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> anderes:

Verdächtige Arzneimittel

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

Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel

Markenname	Lot-Nr.	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von*	bis**	Indikation

* 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:
Leberleiden (Virusserologien):		anderes:

Bitte senden Sie die Meldung in verschlossenem Briefumschlag oder per e-mail AN EIN PHARMACOVIGILANCE ZENTRUM IHRER WAHL. Bei Versand mit Telefax bitte Rückseite nicht vergessen!

Absender oder Stempel:

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

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar):

Regionale Pharmacovigilance-Zentren

Basel	Bern	Genf
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinik für Pharmakologie u. Toxikologie Universitätsspital Hebelstrasse 2 4031 Basel</p> <p>Tel. 061 265 88 62 - Fax 061 265 45 60 vigilance@uhbs.ch www.kpharm.unibas.ch</p>	<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern</p> <p>Tel. 031 632 87 27 - 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 34/32 / 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.hospvd.ch www.chuv.ch/pcl www.swisstis.ch</p>	<p>Centro regionale di farmacovigilanza Ospedale Regionale 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 Abteilung 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. 044 251 66 66 / Fax 044 252 88 33 medi.info@usz.ch www.toxi.ch</p>	

Meldungen und 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: