

## 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.<br>(Biologika, z.B.<br>Impfstoffe) | Tagesdosis | Applik.<br>weg | gegeben<br>von* | bis** | Indikation |
|------------|--|------------|----------------|-----------------|-------|------------|
| 1.         |  |            |                |                 |       |            |
| 2.         |  |            |                |                 |       |            |
| 3.         |  |            |                |                 |       |            |

**Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel**

| Markenname | Lot-Nr. | Tagesdosis | Applik.<br>weg | gegeben<br>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<br/>Klinik für Pharmakologie u. Toxikologie<br/>Universitätsspital<br/>Hebelstrasse 2<br/>4031 Basel</p> <p>Tel. 061 265 88 62 - Fax 061 265 45 60<br/><a href="mailto:vigilance@uhbs.ch">vigilance@uhbs.ch</a><br/><a href="http://www.kpharm.unibas.ch">www.kpharm.unibas.ch</a></p>   | <p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum<br/>Institut für Klinische Pharmakologie<br/>Universität Bern<br/>Murtenstrasse 35<br/>3010 Bern</p> <p>Tel. 031 632 87 27 - Fax 031 632 49 97<br/><a href="mailto:vigilance@ikp.unibe.ch">vigilance@ikp.unibe.ch</a><br/><a href="http://www.ikp.unibe.ch/mid">www.ikp.unibe.ch/mid</a></p> | <p>Centre d'informations thérapeutiques et Centre régional de pharmacovigilance<br/>Service de pharmacologie et toxicologie cliniques<br/>Hôpitaux Universitaires de Genève<br/>1211 Genève 14</p> <p>Tel. 022 382 99 34/32 / Fax 022 382 99 40/45<br/><a href="mailto:medvig@hcuge.ch">medvig@hcuge.ch</a><br/><a href="http://www.pharmacoclin.ch">www.pharmacoclin.ch</a></p> |
| Lausanne  | Lugano  |  |
| <p>Service d'informations thérapeutiques, Centre régional de pharmacovigilance et Swiss Teratogen Information Service STIS<br/>Division de pharmacologie et toxicologie cliniques<br/>Hôpital de Beaumont 6<sup>ème</sup> étage<br/>1011 Lausanne CHUV</p> <p>Tel. 021 314 41 89 / Fax 021 314 42 66<br/><a href="mailto:vigil@chuv.hospvd.ch">vigil@chuv.hospvd.ch</a><br/><a href="http://www.chuv.ch/pcl">www.chuv.ch/pcl</a> <a href="http://www.swisstis.ch">www.swisstis.ch</a></p> | <p>Centro regionale di farmacovigilanza<br/>Ospedale Regionale Lugano<br/>Sede Civico<br/>Via Tesserete 46<br/>6903 Lugano</p> <p>Tel. 091 811 67 50 - Fax 091 811 67 51<br/><a href="mailto:farmacovigilanza@bluewin.ch">farmacovigilanza@bluewin.ch</a><br/><a href="http://www.farmacovigilanza.ch">www.farmacovigilanza.ch</a></p>                                  |  |
| <b>Zürich</b>   |   |  |
| <p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum<br/>Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie<br/>Universitätsspital<br/>8091 Zürich</p> <p>Tel. 044 255 27 70 / Fax 044 255 44 11<br/><a href="mailto:medi.info@usz.ch">medi.info@usz.ch</a><br/><a href="http://www.pharmakologie.unispital.ch">www.pharmakologie.unispital.ch</a></p>   | <p>Medikamenteninformationsdienst / Pharmacovigilance<br/>Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum<br/>Freiestr. 16, Postfach<br/>8028 Zürich</p> <p>Tel. 044 251 66 66 / Fax 044 252 88 33<br/><a href="mailto:medi.info@usz.ch">medi.info@usz.ch</a><br/><a href="http://www.toxi.ch">www.toxi.ch</a></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](mailto:market.surveillance@swissmedic.ch)

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

Datum:

Unterschrift: