

## SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* <small>* se il segnalatore è un medico</small>				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE:	
				<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> NON GRAVE	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: <small>risultati e data in cui gli accertamenti sono stati eseguiti</small>				9. ESITO	
10. AZIONI INTRAPRESE: <i>specificare</i>  <small>In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19</small>				<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ___/___/___ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL ___/___/___	
				<input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> cause sconosciute <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	

### INFORMAZIONI SUL FARMACO

11. FARMACO(I) SOSPETTO (il nome della sostanza medicinale*)	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____
A) 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____	
B) 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____
	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____	
C) 14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____	12. LOTTO _____	13. DOSAGGIO/DIE _____
	15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____	
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione		
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?	A: si / no	B: si / no      C: si / no
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?	A: si / no	B: si / no      C: si / no
18. IL FARMACO E' STATO RINNOVATO?	A: si / no	B: si / no      C: si / no
19. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOmmINISTRAZIONE?	A: si / no	B: si / no      C: si / no

20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO:

A:  
B:  
C:

21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO

22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):

23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

### INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE

24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE		25. DATI DEL SEGNALATORE	
<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME _____	
<input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> FARMACISTA	INDIRIZZO _____	
<input type="checkbox"/> SPECIALISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO	TEL E FAX _____	E-MAIL _____
26. DATA DI COMPILAZIONE _____		27. FIRMA DEL SEGNALATORE _____	
28. CODICE ASL _____		29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA _____	

**ALLEGATO 4**

Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino

**Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci**  
 (da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura sanitaria d'appartenenza - ASL)

1) Quale reazione indesiderata ha osservato?

2) Quando?

3) Quanto è durata?

4) Quali medicinali stava prendendo?      5) Quante volte al di?      6) Da quanto tempo?      7) Per quale disturbo?

a fiale

b supposte

c uso locale

d per bocca

e

f

8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico?      SI      NO

9) L'aveva già preso in passato?      SI      NO

10) Ha mai avuto la stessa reazione?      SI      NO

11) Con quale medicinale?

12) Chi è il suo medico curante? (Cognome, nome, indirizzo e telefono)

13) Lo ha informato?      SI      NO

14) Come è stata curata la reazione?

- cessato il medicinale      SI      NO

- ridotta la dose      SI      NO

altro (specificare)

15) Adesso la reazione è scomparsa? (barrare la risposta desiderata)

SI completamente      NON del tutto      NO

Indirizzo e numero di telefono del paziente

Data

FIRMA