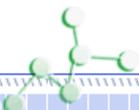
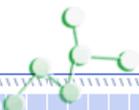


Modulo Ministeriale: una volta compilato può essere stampato e inviato via fax al Ministero

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)	
Iniziali (Nome Cognome):	(Compilato automaticamente)
Data di Nascita:	(Compilato automaticamente)
Sesso:	(Compilato automaticamente)
Data insorgenza*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi*	
<hr/> <hr/>	
Gravità della reazione*	<input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Non Grave
Se Grave*	<input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Ospedalizzazione o prolungamento osped. <input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente <input type="checkbox"/> Ha messo in pericolo di vita <input type="checkbox"/> Anomalie congenite/deficit nel neonato
Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR* Riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti	<hr/> <hr/>
Esito*	Risoluzione completa ADR Risoluzione con postumi Miglioramento Reazione invariata o peggiorata Decesso Non disponibile
Se risoluzione completa ADR data*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Azioni intraprese*	<hr/> <hr/>
Se deceduto:	
Data del decesso*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Causa del decesso*	Dovuto alla reazione avversa Il farmaco può aver contribuito Non dovuto al farmaco Causa sconosciuta
INFORMAZIONI SUL FARMACO:	
A. Farmaco sospetto	



(nome della specialità medicinale) *	_____
Lotto	_____
Dosaggio/Die *	_____ Unità di misura _____
Via di somministrazione *	_____
Durata dell'uso *	Dal: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Al: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Il farmaco è stato sospeso? *	Sì No
Se sì, la reazione è migliorata dopo la sospensione? *	Sì No
Il farmaco è stato ripreso? *	Sì No
Se sì, sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione? *	Sì No
Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato	_____
FARMACO(I) CONCOMITANTE(I):	
1. Nome Farmaco Concomitante*	_____
Dosaggio/Die *	_____ Unità di Misura: _____
Via di somministrazione *	_____
Durata del trattamento *	Dal: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Al: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
2. Nome Farmaco Concomitante	_____
Dosaggio/Die	_____ Unità di Misura: _____
Via di somministrazione	_____
Durata del trattamento	Dal: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Al: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
3. Nome Farmaco Concomitante:	_____
Dosaggio/Die	_____ Unità di Misura: _____
Via di somministrazione	_____



Durata del trattamento	Dal: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Al: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari ecc. *	Sì No
Se sì specificare *	_____
Condizioni concomitanti predisponenti * (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)	_____ _____
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE:	
Qualifica del segnalatore *	Medico di medicina generale Medico Ospedaliero Specialista Pediatria di libera scelta Farmacista Altro
Nome *	_____
Cognome *	_____
Indirizzo *	_____ _____
Telefono *	_____ Fax: _____ _____
Email *	_____@_____
Data compilazione *	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Codice ASL:	_____