

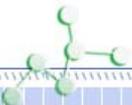
MODULO DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es. 35.5 mg

Data insorgenza reazione*		___/___/___ (gg mm aaaa)
Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi*		_____
Classificazione della reazione MedDRA		_____
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)*		_____
Esito*		<input type="radio"/> Risoluzione completa <input type="radio"/> Risoluzione con postumi <input type="radio"/> Miglioramento <input type="radio"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="radio"/> Decesso <input type="radio"/> Non disponibile
Se risoluzione completa, data		___/___/___ (gg mm aaaa)
Azioni intraprese (specificare)*		_____
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		
Farmaco(i) sospetto(i)		_____
1. Nome specialità medicinale*		_____

Durata dell'uso: dal*	____/____/____ (gg mm aaaa)		al*	____/____/____ (gg mm aaaa)
LOTTO*				
Dosaggio/die*	_____	Via di somministrazione*	_____	
Il farmaco è stato sospeso?*	Si No	Se sì, la reazione è migliorata dopo la sospensione?	Si No	
Il farmaco è stato ripreso?	Si No	Se sì, sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?	Si No	
Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato*		_____		
FARMACO(I) CONCOMITANTE(I)				
1. Nome Farmaco Concomitante				
Dosaggio/Die	_____	Via di somministrazione	_____	
Durata del trattamento: dal	____/____/____ (gg mm aaaa)		al	____/____/____ (gg mm aaaa)
2. Nome Farmaco Concomitante				
Dosaggio/Die	_____	Via di somministrazione	_____	
Durata del trattamento: dal	____/____/____ (gg mm aaaa)		al	____/____/____ (gg mm aaaa)
3. Nome Farmaco Concomitante				
Dosaggio/Die	_____	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.*	Si No			
Se sì, specificare		_____		
Condizioni concomitanti predisponenti *		_____		
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE				
Qualifica del segnalatore*		Medico di medicina generale Medico Ospedaliero Medico Specialista Pediatra di libera scelta Farmacista Altro		
Nome*	_____	Cognome*	_____	



REGISTRO DEI FARMACI PER ARTRITE REUMATOIDE SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO: RoActemra

Indirizzo*		<input type="text"/>	
Telefono*	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Email*		<input type="text"/>	
Data compilazione*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (gg mm aaaa)	
Codice ASL*		<input type="text"/>	