

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

Codice Paziente _____	Centro _____	Iniz. Paz. _____	Data Registrazione _____	Data di Nascita _____
---------------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)	
Data insorgenza: *	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Descrizione della reazione ed eventuale diagnosi: *	
Neuropatia sensoria:	<input type="checkbox"/>
Grado:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Neuropatia motoria:	<input type="checkbox"/>
Grado:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
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 ADR <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 ADR data	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Azioni intraprese	_____
Esame elettrofisiologico effettuato dopo l'insorgenza della reazioni	Sì No
Se sì, risultati	_____
La dose di farmaco (thalidomide) è stata diminuita	Sì No
Se deceduto:	
Data del decesso:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

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)	_____
Durata dell'uso:	Dal: ____/____/____ (gg/mm/aaaa) Al: ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Lotto	_____
Dosaggio/Die	_____
Via di somministrazione	_____
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:	_____
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:	_____

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

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	_____
Riportare anamnesi per pregressi disturbi neurologici	_____
Pregressa esposizione a farmaci neurotossici	_____
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE:	
Qualifica del segnalatore: *	Medico di medicina generale Medico Ospedaliero Pediatria di libera scelta Farmacista Altro
Nome: *	_____
Cognome: *	_____
Indirizzo:	_____ _____
Telefono:	_____ Fax: _____
Email:	_____@_____
Data compilazione: *	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Codice ASL:	_____

Nome del Medico

Data

Firma