

MODULO DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Evento avverso N. _____	
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*:	<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)*:	<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:	
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? *	Sì No
Se sì, sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?	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	Terapia per Sclerosi Multipla RR
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:	_____ 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*	
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE:	
Qualifica del segnalatore:	Medico di medicina generale Medico Ospedaliero Pediatra di libera scelta Farmacista Altro
Nome:	_____
Cognome:	_____
Indirizzo:	_____ _____
Telefono:	_____ Fax: _____
Email:	_____
Codice ASL:	_____