

نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية

بيانات المريض الذي تعرض للعرض الجانبي	
اسم المريض :	العمر :
العرض الجانبي الذي تعرض له المريض	
تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:	
تاريخ الانتهاء من ظهور العرض الجانبي:	
معلومات الدواء	
اسم الدواء (العلمي و التجاري):	التركيز:
دواعي الاستخدام:	رقم التشغيل:
تاريخ اخذ الدواء:	تاريخ الانتهاء من اخذ الدواء (في حال الانتهاء منه):
كيف حصلت على الدواء؟ <input type="checkbox"/> من الصيدلية بوصفة طبية <input type="checkbox"/> من الصيدلية بدون وصفة <input type="checkbox"/> من محلات أخرى غير الصيدلية، حدد :	
شكل الدواء : <input type="checkbox"/> أقراص (حبوب) <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> كبسولات <input type="checkbox"/> تحاميل <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> دهان/ كريم للجلد <input type="checkbox"/> بخاخ <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد :	
تقييم مدى خطورة حالة المريض <input type="checkbox"/> خطيرة (تحدد الحالة الخطيرة في الحالات الموضحة ادناه) <input type="checkbox"/> غير خطيرة <input type="checkbox"/> غير معروف	
اذا كانت الحالة خطيرة، يرجى اختيار أي مما يلي: <input type="checkbox"/> مميت، تاريخ الوفاة: <input type="checkbox"/> تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنح حدوث إعاقة أو تلف دائم <input type="checkbox"/> تطلب الدخول إلى المستشفى <input type="checkbox"/> مهدد للحياة <input type="checkbox"/> أطلال مدة البقاء في المستشفى <input type="checkbox"/> سبب إعاقة دائمة <input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للجنة <input type="checkbox"/> أخرى، حدد	
مدى ارتباط الدواء المذكور بالعرض الجانبي <input type="checkbox"/> مرتبط <input type="checkbox"/> غير مرتبط <input type="checkbox"/> غير معروف	
هل زال العرض الجانبي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم التاريخ :	
حالة المريض حالياً <input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل ، التاريخ : <input type="checkbox"/> لم يتحسن <input type="checkbox"/> في طور التحسن <input type="checkbox"/> غير معروف	
التاريخ الطبي / (هل كان هناك تاريخ طبي ذو صلة)؟ <input type="checkbox"/> نعم : ارجو الذكر <input type="checkbox"/> لا	
الأدوية المصاحبة:	
هل تم اخذ ادوية مصاحبة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم الدواء المصاحب	دواعي الاستخدام
اسم الدواء المصاحب	الجرعة
تاريخ اخذ الدواء:	تاريخ الانتهاء من اخذ الدواء:
بيانات معد التقرير	
الاسم :	الهاتف المحمول :
العنوان :	
صلة القرابة بالمريض :	البريد الإلكتروني :
	التاريخ :