



نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية وجودة المستحضرات الصيدلانية

(يعبأ هذا النموذج من قبل أفراد المجتمع)

التاريخ :

1- بيانات مستخدم المستحضر			
الإسم (إختياري)	تاريخ الميلاد		
الجنس	العمر		
الوزن	الطول		

2- بيانات معد التقرير			
الإسم	العنوان	التاريخ	
صلة قرابة المريض	الهاتف	البريد الإلكتروني	

3- بيانات المستحضر			
اسم المستحضر :	رقم التشغيل:		
كيف حصلت على المستحضر: <input type="checkbox"/> من الصيدلية بوصفة طبية <input type="checkbox"/> من الصيدلية بدون وصفة طبية <input type="checkbox"/> من محلات أخرى غير الصيدلية , حدد :			
تاريخ بدء استخدام المستحضر:	طريقة تناول الدواء:	الغرض من استخدامه:	
الجرعة:	تاريخ الصلاحية:	هل أوقفت استخدام المستحضر لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> التاريخ:	

4- صف المشكلة المتعلقة بجودة أو فعالية المستحضر أو العرض الجانبي وكيف تم علاجه وأي معلومات أخرى تعتقد أنها ضرورية تشمل الحالة الصحية أو أي حساسية:	

ملاحظة: إذا كان التقرير عن جودة مستحضر يكتفى بالبيانات أعلاه, أما إذا كان التقرير عن عرض جانبي الرجاء إكمال باقي النموذج.

5- بيانات المستحضرات الأخرى المستخدمة (أذكر المستحضرات الأخرى المستخدمة حالياً وكذلك المستخدمة قبل ظهور العرض الجانبي بشهر)				
اسم المستحضر	الجرعة	تاريخ بدء الاستخدام	تاريخ انتهاء الاستخدام	الغرض من الاستخدام

6- بيانات العرض الجانبي	
تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:	
مدى خطورته: <input type="checkbox"/> مميت, تاريخ الوفاة : <input type="checkbox"/> مهدد للحياة <input type="checkbox"/> سبب إعاقة دائمة <input type="checkbox"/> تطلب الدخول إلى المستشفى	<input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للأجنة <input type="checkbox"/> تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم
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"/> في طور التحسن <input type="checkbox"/> لم يتحسن <input type="checkbox"/> غير معروف

7- معلومات أخرى			
هل تم إبلاغ الطبيب أو الصيدلي بهذه الأعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أدري <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة بنعم هل قام بتعبئة نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أدري <input type="checkbox"/>	
هل يمكننا الحصول على معلومات إضافية من طبيبك المعالج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة بنعم على النقطة السابقة الرجاء تزويدنا بمعلومات الاتصال الخاصة بطبيبك: اسم الطبيب: المستشفى: الهاتف:			