

Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino

Comunicazione di effetti indesiderati dei farmaci

(da compilarsi a cura del Cittadino e da trasmettere al Responsabile di Farmacovigilanza)

INIZIALI PAZIENTE □□□		DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa)		SESSO M F	
1) Quale reazione indesiderata ha osservato?					
2) Quando?					
3) Quanto è durata?					
4) Quali medicinali stava prendendo?		5) Quante volte al di?	6) Da quanto tempo?	7) Per quale disturbo?	
a) fiale					
b) supposte					
c) uso locale					
d) per bocca					
e)					
f)					
8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico?			SI	NO	
9) L'aveva già preso in passato?			SI	NO	
10) Ha mai avuto la stessa reazione?			SI	NO	
11) Con quale medicinale?					
12) Chi è il suo medico curante?		Nome e Cognome:			
		Indirizzo:			
		Città:			
		Tel.:			
13) Lo ha informato?			SI	NO	
14) Come è stata curata la reazione?					
- sospeso il medicinale			SI	NO	
- ridotta la dose			SI	NO	
altro (specificare)					
15) Adesso la reazione è scomparsa?			(barrare la risposta desiderata)		
SI completamente		NON del tutto		NO	
Indirizzo e numero di telefono del paziente			Data:		
			FIRMA		