

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO AI CONTATTI RIPORTATI NELLA LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI MATERIALI EDUCAZIONALI

1. INIZIALI PAZIENTE Nome-Cognome <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	2. DATA DI NASCITA o ETA' (gg/mm/aaaa) ___ / ___ / _____	3. SESSO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	4. DATA INSORGENZA EVENTO (gg/mm/aaaa) ___ / ___ / _____
1.a. PESO (kg)	1.b. ALTEZZA (cm)	5. ORIGINE ETNICA	

6. DESCRIZIONE EVENTO ED EVENTUALE DIAGNOSI (se il segnalatore è un medico)

7. INDICARE SE L'EVENTO OSSERVATO DERIVA DA:

- INTERAZIONE
- ABUSO
- OFF-LABEL
- ESPOSIZIONE PROFESSIONALE
- ERRORE TERAPEUTICO
- MISUSO
- OVERDOSE

8. GRAVITA' DELL'EVENTO

GRAVE

- DECESSO
- OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED.
- INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE
- HA MESSO IN PERICOLO DI VITA
- ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO
- CONDIZIONE CLINICAMENTE RILEVANTE

NON GRAVE

9. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER L'EA (riportare risultati e date in cui gli esami sono stati eseguiti)

10. ESITO

DATA ESITO (gg/mm/aaaa) ___ / ___ / _____

- RISOLUZIONE COMPLETA EA
- RISOLUZIONE CON POSTUMI
- MIGLIORAMENTO
- EVENTO INVARIATO O PEGGIORATO
- DECESSO:
 - dovuto all'evento
 - il farmaco può avere contribuito
 - non dovuto al farmaco
 - causa sconosciuta
- NON DISPONIBILE

11. AZIONI INTRAPRESE: specificare

INFORMAZIONI SUI FARMACI

12. FARMACO(I) SOSPETTO/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici. Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione.

A) 17. II FARMACO E' STATO SOSPESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 19. II FARMACO E' STATO RIPRESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	13. LOTTO: 15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE: 18. L'EVENTO E' MIGLIORATO DOPO LA SOSPENSIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 20. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	14. DOSAGGIO/FREQUENZA: 16. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____
B) 17. II FARMACO E' STATO SOSPESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 19. II FARMACO E' STATO RIPRESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	13. LOTTO: 15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE: 18. L'EVENTO E' MIGLIORATO DOPO LA SOSPENSIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 20. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	14. DOSAGGIO/FREQUENZA: 16. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____
C)	13. LOTTO: 15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE:	14. DOSAGGIO/FREQUENZA: 16. DURATA DELL'USO

