

# SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)

(Da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)

1. Iniziali del paziente		2. Età (data di nascita)		3. Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		4. Data insorgenza reazione		5. Origine etnica	
6. Descrizione delle reazioni ed eventuale diagnosi*						7. Gravità della reazione			
						<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Ospedalizzazione o prolungamento ospedaliz. <input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente <input type="checkbox"/> Ha messo in pericolo la vita <input type="checkbox"/> Anomalie congenite/deficit nel neonato <input type="checkbox"/> NON GRAVE			
*se il segnalatore è un medico						9. Esito			
8. Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti						<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL _____ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO AVVENUTO IL _____ <input type="checkbox"/> Dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> Il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/> Non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> Causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE			
10. Azioni intraprese: specificare									
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19									
<b>Informazioni sul farmaco</b>									
11. Farmaco(i) sospetto(i) (Nome specialità medicinale)*						12. Lotto			
A) _____						_____			
B) _____						_____			
C) _____						_____			
* nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora di somministrazione									
13. Dosaggio(i) giornaliero(i)			14. Via di somministrazione			15. Durata della terapia			
A) _____			_____			dal _____ al _____			
B) _____			_____			dal _____ al _____			
C) _____			_____			dal _____ al _____			
16. Il farmaco è stato sospeso?						A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
17. La reazione è migliorata dopo la sospensione?						A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
18. Il farmaco è stato ripreso?						A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
19. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?						A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
20. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato									
A) _____			B) _____			C) _____			
21. Farmaco(i) concomitante(i), dosaggio, via di somministrazione, durata del trattamento									
22. Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari, ecc. (specificare)									
23. Condizioni concomitanti e/o predisponenti (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti la somministrazione)									
<b>Informazioni sul segnalatore</b>									
24. Qualifica del segnalatore					25. Dati del segnalatore (Nome e cognome, indirizzo, telefono e fax, e-mail)				
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale <input type="checkbox"/> Pediatra di Libera Scelta <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero					<input type="checkbox"/> Specialista <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Altro				
26. Data di compilazione					27. Firma				
28. Codice USL					29. Firma del responsabile di Farmacovigilanza				